

HARM REDUCTION

dossier | **harm reduction**

VAD

HARM REDUCTION

dossier | harm reduction



Colofon

Auteur
Tessa Windelinckx, coördinator Vlaamse spuitenruil
herwerking VAD-dossier Harm Reduction 2005

Foto's cover

www.shutterstock.com

Layout cover

www.epo.be

Verantwoordelijke uitgever

F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

wettelijk depotnummer: D/2014/6030/22







VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw

Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel

T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Inhoud

1. INLEIDING

Internationale organisaties, zoals bijvoorbeeld de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) of de United Nations Drug Control Program (UNDCP), erkennen de intrinsieke waarde van harm-reductionprogramma's voor de volksgezondheid.

In 2012 waren er 97 landen die een harm reduction aanpak ondersteunden in nationale beleidsdocumenten en/of door implementatie of tolerantie ten opzichte van harm reduction initiatieven. (International Harm Reduction Association, 2012).

Binnen de EU drugstrategie[1] van 2013-2020 is " de reductie van de gezondheids- en sociale risico's en schades veroorzaakt door drugs" voor het eerst een doelstelling naast de twee traditionele doelen: "reductie van vraag en aanbod"

Alsmaar meer stemmen gaan op voor een duidelijke definitie en afbakening van het begrip. In 2010 werd er binnen het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) een monografie rond harm reduction uitgebracht met daarin een state-of-the-art over de rol van harm reduction en de verschillende interventies (EMCDDA monographs, 2010). Het dossier dat voor u ligt is grotendeels hierop gebaseerd en is een herwerking van het VAD-dossier van 2003.

Wat heeft dit dossier de lezer te bieden? We formuleren een duidelijke begripsomschrijving, gemotiveerd vanuit de wetenschappelijke literatuur en het werkveld. Verder schetsen we de ontstaansgeschiedenis van de harmreductionbeweging. Uit dit verhaal blijkt dat er in de loop van de evolutie van deze beweging gaandeweg verwarring over een aantal termen is ontstaan: hoe verhouden risicovermindering en schadebeperking zich tegenover elkaar? Wat is het verschil tussen een schadebeperkende en een op abstinentie gerichte benadering?

Hoewel harm reduction een vlag is met vele ladingen, focussen we ons in dit dossier enkel op harm reduction gericht naar gevolgen van middelengebruik.

Het dossier biedt ook een overzicht van de belangrijkste argumenten van voor- en tegenstanders van harm reduction en een aantal kritische kanttekeningen. Verder vindt u een overzicht van harm-reductioninitiatieven in binnen- en buitenland, waarbij we vertrekken vanuit evidence based werken en effectiviteit. We refereren daarnaast ook naar enkele Belgische goedepraktijkvoorbeelden en we ronden af met enkele uitdagingen waar harm reduction voor staat.

[1] : The EU drugs strategy (2013–20) download van http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/eu-drugs-strategy-2013-20

2. BEGRIPSOMSCHRIJVING

2.1. Definiëring van harm reduction

2.1.1. De definitie van harm reduction

Sinds het begin van de jaren tachtig werd al heel wat geschreven over harm reduction. Auteurs deden pogingen om een eenduidige definitie op te stellen en om het begrip nauwkeurig te omschrijven. Maar naarmate het begrip ruimere bekendheid verwierf, werden alsmaar meer initiatieven gecatalogeerd onder de noemer van harm reduction en werd het steeds vager en onduidelijker wat er nu precies mee werd bedoeld. Hierdoor dreigde het begrip uitgehold en betekenisloos te worden.

Binnen het EMCDDA wordt volgende definitie gebruikt (EMCDDA, 2010):

> Harm reduction omvat interventies, programma’s en beleidsmaatregels die streven naar het verminderen van de gezondheids-, sociale – en economische schade van druggebruik aan individuen, gemeenschappen en de samenleving. Een kernbeginsel van harm reduction is de ontwikkeling van pragmatische reacties op omgaan met druggebruik door middel van een hiërarchie van interventies, die primair de nadruk leggen op het verminderen van druggerelateerde gezondheidsschade van voortdurend druggebruik (Des Jarlais, 1995, Lenton en Single,2004)
>
> Harmreductionstrategieën veronderstellen of sluiten geen abstinentie uit. Een abstinentie-gerichte aanpak kan ook deel uitmaken van de hiërarchische doelstellingen. Harm reduction moet daarom bekeken worden als een “combinatie-interventie”, op maat gemaakt naar de lokale setting en noden waarbij de primaire aandacht gaat naar de vermindering van druggerelateerde schade.
>
> In het geval van harm reduction bij injecterend druggebruik omvat de combinatie-interventie een ruim aanbod van spuitenruil, substitutiebehandeling, counseling (begeleiding), gebruiksruimtes, peer education en outreachwerk en een gezondheidsbevorderend beleid voor risicogroepen. (WHO, 2009)

2.1.2. De harmreductionfilosofie en haar uitgangspunten

Harm reduction staat voor een welbepaald denkkader. Ernst Buning (1990) omschreef dat kader als volgt:

> *"If it is not possible to cure the drugs users, one should at least try to minimise the harm that is being done to them and the wider environment."*

Dit is de filosofie in een notendop. In het verleden hebben reeds heel wat auteurs een poging gedaan om dit verder uit te werken in essentiële uitgangspunten van harm reduction (McDermott, 1992; Des Jarlais & Friedman, 1993; Mugford, 1993; Berridge, 1993). De International Harm Reduction Association (IHRA) heeft de uitgangspunten van harm reduction, zoals die algemeen door haar leden worden aanvaard, gebundeld en gepubliceerd op haar website (IHRA, 2002a). Het zijn er acht en ze worden als volgt omschreven:

1. Realisme en pragmatisme: men aanvaardt dat legale én illegale drugs deel uitmaken van onze wereld en men kiest ervoor om de schade die voortvloeit uit dit gebruik zo laag mogelijk te houden, eerder dan ze te negeren of ze te veroordelen.
2. Men vindt dat druggebruik een complex, veelzijdig fenomeen is en men erkent dat sommige wijzen van druggebruik meer risico's inhouden dan andere.
3. Men streeft het welzijn en de kwaliteit van het individuele en gemeenschapsleven na, wat niet noodzakelijk een stoppen met gebruik inhoudt.
4. Men organiseert een niet-veroordelend, niet-gedwongen aanbod van voorzieningen en diensten voor druggebruikers en hun omgeving om hen te helpen de druggerelateerde schade te beperken.
5. Men erkent de stem, de mening van (ex-)druggebruikers en houdt er rekening mee in het beleid en in de programma's die voor hen worden georganiseerd.
6. Men erkent dat het in de eerste plaats de druggebruikers zelf zijn die de schade kunnen beperken. Men stimuleert hen daarom om elkaar informatie te geven en men ondersteunt hen in de strategieën die ze kunnen gebruiken om druggerelateerde schade zoveel mogelijk te beperken.
7. Men erkent dat armoede, sociale klasse, racisme, sociaal isolement, traumatische ervaringen, seksisme en andere sociale onrechtvaardigheden een invloed hebben op de kwetsbaarheid van mensen voor druggerelateerde schade en op de wijze waarop ze hiermee omspringen.
8. Men wil de reële schade en de gevaren die illegale druggebruik met zich kan meebrengen niet minimaliseren.

2.1.3. Basishoudingen in het schadebeperkend werken

- **Waardigheid en mededogen**: het aanvaarden van mensen zoals ze zijn zonder te veroordelen. Harm reduction verzet zich tegen het stigmatiseren van mensen en wil dat er binnen terminologie en taal duidelijk respect en tolerantie ten opzichte van mensen die drugs gebruiken getoond wordt.
- **Universaliteit en mensen rechten**: mensenrechten zijn er voor iedereen. Mensen die drugs gebruiken hebben recht op de hoogste standaard van gezondheidszorg, hulpverlening, werk … Elke reactie op druggebruik moet vertrekken vanuit respect en vanuit fundamentele mensenrechten
- **Kritische kijk op beleid en praktijken die schade verhogen**: vele factoren dragen bij tot meer druggerelateerde risico's en schade. We denken onder meer aan het gedrag en de keuzes van individuen, het milieu waarin ze drugs gebruiken, de wetgeving en het beleid ter controle van druggebruik. Beleidsmaatregelen kunnen de risico's en schade bij druggebruikers verergeren. Een harmreductionbeleid en -strategieën moeten individuen ondersteunen in het veranderen van hun gedrag. Het is ook essentieel dat beleidsmakers worden geïnformeerd over internationale en nationale wetten die een riskante omgeving creëren en die de druggerelateerde schade verhogen.
- **Transparantie, verantwoordelijkheid en participatie**: harm reduction wil dialoog, overleg en debat bevorderen. Een breed palet aan belanghebbenden moet betrokken worden in het ontwikkelen en uitvoeren van beleid, de implementatie en de evaluatie. Men name mensen die drugs gebruiken moeten betrokken worden bij beslissingen die hen aangaan.

2.1.4. Situering van harm reduction door het IHRA (IHRA, 2010)

Harm reduction staat voor beleidsmaatregelen, programma's en praktijken die tot doel hebben de nadelige gezondheids-, sociale en economische gevolgen van het gebruik van legale en illegale drugs te beperken, zonder noodzakelijkerwijs het gebruik te minderen. Harm reduction voorkomt schadelijke gevolgen voor de gebruiker, zijn (haar) familie en de maatschappij. Deze aanpak is gebaseerd op een sterk engagement naar volksgezondheid en mensenrechten.

Relevante vragen zijn:

- wat zijn de specifieke risico's en schade die verbonden zijn aan het gebruik van specifieke psycho-actieve drugs?
- wat zijn de oorzaken van deze risico's en schade?
- wat kan er gedaan worden om deze risico's en schade te verminderen?

Harm reduction richt zich op de oorzaken van deze risico's en schade. Om tot een goede beoordeling en aanpak te komen is het noodzakelijk dat de specifieke schade, de oorzaken en beslissingen rond passende interventies geïdentificeerd worden.

De harmreductionaanpak moet rekening houden met factoren die een extra kwetsbaarheid met zich meebrengen zoals: leeftijd, geslacht en detentie omwille van gebruik.

Harm reduction is evidence based en kosten effectief

Harmreductionbenaderingen zijn praktisch, haalbaar, doeltreffend en kosteneffectief. Harm reduction als combinatie-interventie is niet enkel een pragmatische, uit noden gegroeide strategie, maar is tevens een evidence based strategie. Evidentie wordt groter wanneer er een combinatie is van verschillende harmreductioninterventies.

Harm reduction is een verbintenis om beleid te maken en om praktijk te baseren op het sterkste bewijsmateriaal dat beschikbaar is. De meeste harmreductionbenaderingen zijn goedkoop, eenvoudig te implementeren en hebben een grote impact op de gezondheid van het individu en de gemeenschap. In een periode waar er nooit voldoende middelen zijn, worden de te behalen doelstellingen gemaximaliseerd en is er een voorkeur voor lage kosten/hoge impact projecten boven hoge kosten/lage impact interventies.

Harm reduction doelstellingen zijn stapsgewijs

Beoefenaars van harm reduction erkennen de betekenis van elke positieve verandering die individuen in hun leven maken. Schadebeperkende initiatieven zijn eerder faciliterend dan sturend en zijn geënt op de noden en behoeftes van individuen, op dit moment in hun leven. Mensen hebben meer kans op slagen bij het nemen van meerdere kleine stappen in plaats van één of twee grote stappen. De doelstellingen van harm reduction kunnen vaak geordend worden in een hiërarchie waarbij de meest haalbare opties aan één kant staan en de minder haalbare (hoewel wenselijk) vaak aan de andere kant staan. Abstinentie kan hierbij beschouwd worden als een moeilijk te bereiken, maar wenselijke optie in een dergelijke hiërarchie. Het in leven houden van mensen en voorkomen dat er onherstelbare schade is wordt als de meest urgente prioriteit beschouwd , terwijl er ook erkend wordt dat er vele andere prioriteiten zijn.

Harm reduction als combinatie-interventie (EMCDDA, 2010)

Harm reduction omvat een pakket van interventies, met inbegrip van toegang tot drugbehandeling, dat op maat is van de lokale setting en noden.

Cohort- en modellingstudies hebben aangetoond dat de impact van spuitenruil en substitutiebehandeling – wanneer ze als alleenstaande interventie uitgevoerd worden – minimaal effect hebben op de vermindering van infectieziektes. Ze zijn aanzienlijk effectiever wanneer ze gecombineerd worden en wanneer er voldoende betrokkenheid is bij beide strategieën (Van Den Bergh et al, 2007).

Deze bevindingen maken dat substitutieprogramma's gecombineerd met spuitenruil relevant zijn om een hiv- of Hepatitis-C-epidemie te voorkomen.

2.2. Geschiedenis van harm reduction

Van harm reduction is al sprake in 1926 wanneer het Rolleston-rapport een pleidooi hield voor de medische benadering van het voorschrijven van medicatie voor mensen met een verslaving boven de bestraffende, justitiële aanpak. De term 'harm reduction' werd voor het eerst gebruikt in 1987

door Russell Newcombe. De definitie van harm reduction werd gebouwd op Newcombe's matrix (Hunt, 2012) (zie later).

Vroeger noemde men harm reduction secundaire en tertiaire preventie (Buning, 2002a). Momenteel plaatsen we harm reduction binnen de selectieve en geïndiceerde preventie. De term 'harm reduction' werd begin van de jaren tachtig (IHRA, 2002b) gedefinieerd als "programma's en beleidsmaatregelen die de negatieve gevolgen voor de gezondheid van het gebruik van bewustzijnsveranderende middelen willen verminderen" (IHRA, 2002b). Harm reduction moest *in concreto* een antwoord bieden op de hiv-epidemie onder injecterende druggebruikers (Stockwell, 2002). Naar analogie met de hiv-preventie op seksueel vlak, waar de boodschap focuste op veilige seks in plaats van onthouding, formuleerde men doelstellingen die te maken hadden met veiliger gebruiken - meestal injecteren - van drugs.

De officiële start van de harmreductionbeweging vond plaats in 1990, toen de IHRA boven de doopvont werd gehouden en haar eerste congres organiseerde in Liverpool (Fromberg, 1995). Het is dus een nog erg jonge beweging.

Het denken in termen van schadebeperking dateert echter al van vroeger. Wiebel (2001) wijst erop dat we het schadebeperkend denken kunnen beschouwen als een normale, beschermende reflex van groepen: wanneer mensen een bedreiging voor hun welzijn ontdekken, gaan ze automatisch op zoek naar manieren waarop ze het gevaar zoveel mogelijk kunnen inperken. Buning (2002b) zit op dezelfde lijn wanneer hij met enkele voorbeelden aantoont dat het schadebeperkend denken ook op andere terreinen, zoals autorijden en roken, gemeengoed is.

Erickson (1999) schetst de geschiedenis van het schadebeperkend denken tijdens de laatste 35 jaar in drie fasen.
Tijdens de eerste fase, vanaf begin jaren '60, ontstond de bezorgdheid van de publieke opinie over de legale drugs: alcohol en tabak. In diezelfde periode vond het pionierswerk plaats van Dole en Nyswander op het vlak van methadononderhoudsbehandelingen (Rosenbaum, 1997), die zo het pad effenden voor het harmreductiondenken.
In de tweede fase, vanaf 1990, concentreerde men zich op de risico's van hiv-besmetting bij injecterende druggebruikers. Een belangrijk kenmerk van die periode is dat druggebruikers zelf betrokken werden bij de initiatieven die voor hen waren bedoeld.
Volgens de auteur zijn we nu, vanaf eind jaren '90, in de derde fase gekomen. In deze fase heeft men beide invalshoeken geïntegreerd in een totale benadering van de volksgezondheid, waarbij men zowel aandacht heeft voor legale als voor illegale drugs. Erickson merkt op dat vanaf deze fase de harmreductionbeweging is beginnen doorwegen op het drugbeleid van verschillende landen.

Vooral in de beginperiode gebruikte men de term 'harm reduction' in een zeer enge betekenis. Men doelde enkel op initiatieven en beleidsmaatregelen die erop waren gericht om druggerelateerde schade te beperken onder mensen die drugs bleven gebruiken. Initiatieven gericht op abstinentie vallen dan uit de boot (Lenton & Single, 1998).

In tegenstelling hiermee werd in de loop der jaren 'harm reduction' soms in een zeer brede betekenis gehanteerd. Elke maatregel die erop gericht is om druggerelateerde schade zoveel mogelijk te beperken, viel onder deze noemer. Een dergelijke definitie kan zo breed en allesomvattend zijn, dat

elk drugprogramma of -beleid onder deze noemer valt (Lenton & Single, 1998). In dat geval verliest de term zijn specifieke inhoud.

Het is een natuurlijk proces dat men in de beginperiode van een nieuwe beweging moet zoeken naar een heldere begripsomschrijving die de lading dekt. Erickson (1995) wees hier reeds op toen hij stelde:

> *"... that our interpretations of the term tend to change over time and this is a healthy proces that is essential in the full articulation of an 'emerging public health perspective'."*

Maar doorheen deze zoektocht naar een correcte en duidelijke begripsomschrijving is in de loop der jaren een aantal onduidelijkheden ontstaan, die we in de volgende paragrafen kort zullen toelichten.

2.3. Huidige situatie van harm reduction in West-Europa (IHRA, 2012)

Naar schatting zijn er in de West-Europese landen één miljoen mensen die drugs injecteren. Harm reduction is een integraal deel van zowel hiv-als het drugbeleid – en programma's in grote delen van West-Europa. Hoewel harm reduction in bijna alle Europese landen geïmplementeerd is, is er een groot verschil in zowel geografische als inhoudelijke harm reduction 'coverage'.

Wereldwijd zijn er 97 landen die een harmreductionaanpak ondersteunen door ze op te nemen in hun nationale drugbeleidsplannen (83 landen) en/of door harmreductionactiviteiten te implementeren of te tolereren zoals spuitenruil (68 landen) of onderhoudsubstitutie (77 landen).

In 2001 werd een "engagementsverklaring", binnen een algemene vergadering van de Verenigde Naties (VN), goedgekeurd waarbinnen uitdrukkelijk vermeld wordt dat harm reduction naar druggebruik moet worden uitgevoerd door de lidstaten.

Twee jaar later gaf de WHO de opdracht voor een review van wetenschappelijke evidentie over de effectiviteit van harm reduction. Die is gepubliceerd in 2005 (WHO, 2005a, Wodak en Coony, 2005 Farrell et all., 2005 Needle et all., 2005). In hetzelfde jaar werden methadon en buprenorfine toegevoegd aan de lijst 'essentiele geneesmiddelen' (WHO 2005b) en UNAIDS kwam met een 'position paper': '*Intensifying hiv prevention*' waarbinnen een basispakket van harmreductioninterventies beschreven staan (UNAIDS,2005a). Dit document is later uitgebreid tot het 'uitgebreide harmreductionpakket' (WHO 2009).

Harm reduction is altijd actief geweest rond preventie van hiv. In 2009 wordt er door de WHO, het UNODC en UNAIDS een gezamenlijke strategie uitgebracht rond interventies voor hiv, zowel het preventieve, de behandeling en zorg bij mensen die drugs injecteren. Een volledig pakket voor preventie, behandeling en zorg van hiv bij mensen die drugs injecteren omvat negen interventies: spuitenruil, opiaatsubstitutietherapie en andere drugbehandelingen, hiv-testing en counseling en antiretrovirale therapie. Daarnaast is er aandacht voor de preventie en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen en condoomverdeling bij mensen die drugs injecteren en hun partners. Verder bevat dit pakket ook specifieke informatie, educatie en communicatie bij mensen die drugs injecteren en hun partners en medische insteken betreffende de vaccinatie, diagnose en behandeling van virale hepatitis en de preventie, diagnose en behandeling van tuberculose.

Een fundamenteel principe van interventies binnen volksgezondheid is dat er een omgeving gecreëerd moet worden die bevorderlijk is voor de risicovermindering van individuen en van de

gemeenschap. Dit kan worden bekomen door het installeren en onderhouden van overheidsinitiatieven die de gezondheid bevorderen (WHO, 1986).

Het continuüm van combinatie-interventies strekt zich uit van drugpreventie en –behandeling door middel van hervorming en de verwijdering van de structurele belemmeringen voor de bescherming van de rechten van allen voor de gezondheid.

Van primordiaal belang is hoe de juridische omgeving risico's kan verhogen en schade bevorderen bij problematische druggebruikers, met name onder mensen die drugs injecteren (Kleine et al., 2006; Rhodes,2009; Kerr et al, 2005). In bepaalde gevallen – bij hoge politiecontroles op straatniveau - kan het zijn dat gebruikers geen steriel injectiemateriaal bij zich willen hebben uit angst voor arrestaties (Rhodes et al.,2003: Cooper et al.2005; Miller et al., 2008).

Er is evidentie dat er meer kans is op het delen van gebruikt injectiemateriaal wanneer er verhoogde politiecontroles zijn (Rhodes et al.2004). Hoge repressie heeft als gevolg minder veilig en meer gehaast injectiegedrag, een verhoging van virale en bacteriële infecties en het verhogen de kans op overdosis (Blakenship en Koester,2002. Blumenthal et al. 1999; Small et all,2006).

Dergelijke politiepraktijken kunnen druggebruikers geografisch verdringen, ze verstoren de sociale netwerken voor ondersteuning, ze dragen bij tot de stigmatisering van druggebruik, en beperken de haalbaarheid, de dekking en de impact van volksgezondheidsacties (Burris et al.,2004, Davis et al.,2005, Friedman et al., 2006; Broadhead et al, 1999).

Harm reduction houdt schadebeperkende maatregels in die gecreëerd worden door beleidshervormingen en juridische wijzigingen door te voeren. Bijvoorbeeld: *"Indien er schade is ten gevolge van zwaar gebruik, is de eerste keuze om aan schadebeperking te doen. Maar als de schade veroorzaakt wordt door criminalisering per se, dan is decriminalisering een logische manier om schade te beperken."*(Room, 2010)

De WHO stelt dat "de afstemming van drugbestrijding met volksgezondheid een prioriteit is" (Ball, 2007).

3. SCHADEBEPERKING VERSUS RISICOVERMINDERING

Centraal in het begrip harm reduction staat de term schade (harm). Schade ten gevolge van druggebruik kan zich voordoen op verschillende terreinen en op diverse niveaus. Newcombe (1992) vatte deze samen in het volgende schema:

		TYPE		
		gezondheid	sociaal	economisch
NIVEAU	individueel			
	directe omgeving			
	samenleving			

Newcombe gebruikte dit schema om niet enkel de schadelijke effecten, maar ook de positieve effecten van druggebruik in kaart te brengen.

De meeste positieve en negatieve gevolgen van middelengebruik kunnen in één van deze cellen worden ondergebracht. We illustreren dit met enkele voorbeelden. Levercirrose ten gevolge van excessief alcoholgebruik wordt volgens dit schema geklasseerd bij schade voor de individuele gezondheid. Recreatief alcoholgebruik als middel om vlotter sociale contacten te kunnen leggen, komt in het vakje individueel voordeel op sociaal vlak. De stigmatisering van verwanten van druggebruikers hoort thuis bij sociale schade op het niveau van de primaire relaties. De kosten om de drugwet te doen naleven vallen onder de categorie economische schade op het niveau van de samenleving. Ook andere auteurs maken een gelijkaardige classificatie (bijvoorbeeld Buning, 2002b).

In 2010 publiceerde Nutt een rangschikking van drugs die schade berokkenen aan individuen en aan anderen (Nutt, 2010). Hieruit blijkt dat alcohol op alle vlakken het meeste schade berokkend, gevolgd door heroïne en crack-cocaïne.

De begrippen schade en risico worden in de context van harm reduction vaak door elkaar gebruikt. Ze hebben nochtans een verschillende betekenis. Volgens Van Dale betekent schade “nadeel dat voor iemand of voor enig belang uit een gebeurtenis, handeling of handelswijze voortvloeit”. Van Dale definieert risico als “gevaar voor schade of verlies, de gevaarlijke of kwade kans of kansen die zich bij iets voordoen”. Het is met andere woorden niet omdat iemand risico’s neemt, dat hij daar ook schade van zal ondervinden.

In de praktijk zal men dus vaak, om druggerelateerde schade te beperken, initiatieven nemen die zich richten op een vermindering van de risico’s of van specifieke risicogedragingen, wat uiteraard indirect een vermindering van druggerelateerde schade tot gevolg heeft. In die zin is het onderscheid tussen maatregelen die zich richten op risico’s en maatregelen die zich rechtstreeks richten op de schade zelf, artificieel.

4. DE PLAATS VAN HARM REDUCTION OP HET CONTINUÜM WELZIJN - PREVENTIE - HULPVERLENING

We leven in een maatschappij waarin we vaak voor de keuze komen te staan om al dan niet legale en/of illegale drugs te gebruiken. Veel mensen drinken al eens een glas alcohol. Sommigen gebruiken wel eens een illegaal product. Sommige mensen kunnen hun gebruik goed onder controle houden en anderen mensen ontwikkelen probleemgebruik. De oorzaken van (problematisch) druggebruik zijn zeer complex en hangen samen met een veelheid aan factoren en de interactie ertussen.

Newcombe (1994) beschrijft een indeling van ontstaansfactoren van het gebruik van alcohol en/of andere drugs, die individueel of in wisselwerking met mekaar kunnen leiden tot (problematisch) gebruik van middelen. Hij beschrijft naast contextuele en omgevingsfactoren ook psychosociale, interpersoonlijke en enkele biogenetische factoren. Zinberg (1984) ordent deze factoren in het MMM-model. In dit model zijn verschillende factoren ondergebracht in drie groepen: mens, middel en milieu. Deze drie groepen staan in interactie en bepalen of mensen al dan niet middelen gaan ge(mis)bruiken. De interactie staat in dit model centraal.

De ontstaansfactoren van alcohol- en andere drugge(mis)bruik zijn in de realiteit een heel complexe verwevenheid. Preventieactiviteiten zijn gestoeld op een analyse van deze factoren.

De Cauter (1990) beschrijft hoe preventie zich situeert op een continuüm tussen algemene welzijns-planning en hulpverlening. De invalshoek is hier het tijdstip van ingrijpen. Wanneer men actie onderneemt vooraleer zich problemen voordoen, doet men aan algemene welzijnsplanning. Een optimaal beleid dat gericht is op welzijnsbevordering voor iedereen werkt het meest preventief. Aan het andere einde van het continuüm is men bezig met de problemen die zijn gegroeid of uit de hand gelopen. Tussen beide uitersten situeert zich de preventie.

Naarmate men van links naar rechts op dit continuüm verschuift, wordt het onderwerp van de preventieactie alsmaar specifieker: de doelgroep, het actieterrein en de boodschap worden meer afgebakend.



In het model van De Cauter situeren concrete harmreductionmaatregelen zich meestal op het rechterdeel van het continuüm. Dit komt omdat harmreductionmaatregelen zich vaak richten tot groepen die het meeste risico lopen op druggerelateerde schade of die druggerelateerde schade ervaren.

Tegenwoordig wordt harm reduction vroeger in de tijdslijn gesitueerd. Vanaf het moment dat er gebruik aanwezig is, is het raadzaam dat harm reduction of risk reduction aangeboden worden.

Harm reduction heeft zich in het verleden gericht op volwassen probleemgebruikers en verwaarloosde daardoor de schade die jonge recreatieve druggebruikers kunnen oplopen.

Als reactie op publieke en politieke bezorgdheden in verband met de schadelijke gevolgen van het druggebruik van jongeren, is er een gamma aan interventies ontwikkeld in Europa en elders. Het belang van harm reduction bij jonge beginnende gebruikers wordt hierbij aangetoond. Harm

reduction zal hier zowel universele als selectieve strategieën moeten combineren die als doel hebben gebruik te voorkomen of – uit te stellen, de frequentie van gebruik te reduceren gedurende de adolescentie en veranderingen aanbrengen binnen risico-omgevingen. Grote publieke media-campagnes zijn politiek belangrijk, maar blijken grotendeels ineffectief (en zelfs contra productief) te zijn, als het daarbij blijft. Een campagne kan ondersteunend werken, maar er is meer nodig.

5. HARM REDUCTION IN DE DRUGHULPVERLENING

In de meeste landen zien we dat de gespecialiseerde drughulpverlening zich de laatste decennia heeft geheroriënteerd en abstinentie niet langer als enig mogelijke doelstelling beschouwd. Laagdrempelige drughulpverleningscentra bieden bijvoorbeeld onderhoudsbehandeling aan. Hierdoor verwerven heroïnegebruikers meer stabiliteit in hun leven, lopen ze minder risico op druggerelateerde schade en komen ze in contact met de hulpverlening, zodat - wanneer ze eraan toe zijn - de stap om te ontwennen kleiner wordt. Op deze manier bestaat er een uitgebreide waaier aan zeer uiteenlopende voorzieningen voor mensen met druggerelateerde problemen, gaande van de meest laagdrempelige programma's die geen eisen stellen met betrekking tot het stopzetten of verminderen van het druggebruik tot de meest hoogdrempelige programma's die zich exclusief richten op abstinentie en reïntegratie in de maatschappij.

In het verleden nam men vaak aan dat harm reduction en behandelingsprogramma's voor druggebruikers niet met elkaar kunnen worden verzoend - aangezien harmreductioninitiatieven niet noodzakelijk een daling van het middelengebruik op zich nastreven en de drughulpverlening voornamelijk abstinentiegeoriënteerd was.

Maar het is een feit dat ontwennen zeker niet voor alle druggebruikers een haalbare kaart is (Wiebel, 1991; Peele, 2002) en dat gedragsverandering op het vlak van middelengebruik een proces is van vallen en opstaan. Terugval in middelengebruik maakt integraal deel uit van het ontwenningsproces (Prochaska *et al.*, 1992). Bovendien zijn niet alle druggebruikers met druggerelateerde problemen fysiek afhankelijk van alcohol of illegale drugs. Hun middelengebruik kan problemen veroorzaken op verschillende levensgebieden, zoals in hun relaties, hun gezinsleven, hun werk en hun financiële situatie (Australian Drug Foundation, 2002). Tot slot bestaat er ook een groep van druggebruikers die (nog) niet gemotiveerd is om het gebruik stop te zetten. Newcombe wijst er verder op dat harm reduction het mogelijk maakt om druggebruikers, die uit angst voor een repressieve aanpak 'ondergronds' blijven en buiten het bereik van de hulpverlening, op een verzorgende en niet-veroordelende manier te benaderen en met hen te praten over hun drugervaringen (Newcombe, 1987). Nieuwe ontwikkelingen laten ons toe om uit de discussie harm reduction versus abstinentiegericht werken te stappen. Neil Hunt (Hunt, 2012) beschrijft in zijn tekst "Recovery and harm reduction: time for shared , development oriented approach" … dat het tijd is om de strijd tussen harm reduction en recovery te stoppen.

Harm reduction en recovery zijn minder verschillend van elkaar dan vroeger wel eens gesteld werd. Het debat tussen beide benaderingswijzen is belangrijk maar moet met de nodige zorg gebeuren, in een kader dat werkt naar consensus in plaats van de consensus te ondermijnen. Binnen deze tekst wordt verwezen naar het Duitse model "entwiklungsorientiert" : dit model van ontwikkelings-georiënteerde zorg is een manier om abstinentie- en harmreductiongericht werken samen te doen werken rond het maximaliseren van gezondheid en welzijn van ons doelpubliek.

In de praktijk betekent dit dat er steeds vertrokken wordt van de situatie van de druggebruiker. Er moet bekeken worden waar er op dit moment het meeste baat en nood aan is. Binnen een therapeutisch proces is het soms nodig om harmreductionacties in te brengen en dan verder te gaan met het therapeutische proces. Het is werken in een steeds veranderend continuüm waar er af en toe zijwegen worden ingeslagen om tot een bepaalde doelstelling te komen.

6. HARM REDUCTION VERSUS LEGALISATIE

Sommige voor- én tegenstanders van harm reduction leggen een direct verband met de legalisatiediscussie. Een grondige discussie hiervan valt buiten het bestek van dit dossier. Fromberg (1995) stelt dat de harmreductionbeweging in de beginperiode vooral een ideologische beweging was van mensen die ijverden voor de legalisatie van illegale drugs. Fromberg wijst er eveneens op dat dit later is veranderd. In zijn artikel schetst hij vier verschillende ideologische bewegingen:

1. mensen die positief staan tegenover harm reduction én voor legalisatie zijn;
2. mensen die positief staan tegenover harm reduction, maar tegen legalisatie zijn;
3. mensen die harm reduction afwijzen, maar voor legalisatie zijn;
4. mensen die harm reduction afwijzen én tegen legalisatie zijn.

Met andere woorden, tegenwoordig bestaat er geen rechtlijnig verband meer tussen harm reduction en legalisatie.

Mugford (1993) formuleert het als volgt:

> *"Since powerful drugs can cause serious harm and, given that the bulk of harm arises from 'legal' drugs, simple 'legalisationist' models are not generally viewed as the answer to drug problems."*

Hierbij moeten we opmerken dat we wel zien dat in de Verenigde Staten, waar de war on drugs veel meer slachtoffers maakt dan het gebruik van illegale drugs op zich (DesJarlais, 1995; Nadelmann, 2002), er in verhouding meer activisten pleiten voor legalisatie, op zijn minst van cannabis. Denk bijvoorbeeld aan de vele aidspatiënten onder illegaledruggebruikers in staten waar spuitenruilprogramma's verboden zijn; of aan het grote aantal (cannabis)gebruikers die zware veroordelingen krijgen en in de gevangenis belanden. De VS kennen één van de grootste percentages burgers in de geschiedenis die ooit in de gevangenis hebben gezeten in een democratisch staatsbestel; meer dan de helft van hen belandde in de gevangenis wegens drugfeiten.

Maar evengoed treffen we er toonaangevende figuren van de harmreductionbeweging aan, zoals bijvoorbeeld DesJarlais (1995) of Hunt (2001), die erop wijzen dat de invalshoek van harm reduction vanuit een bezorgdheid om de volksgezondheid niet hetzelfde betekent als een libertijns pleidooi in de trant van "iedereen heeft het recht om elke drug die hij wil te nemen". Het is wel zo dat de harmreductionbeweging in de Verenigde Staten sterk ijvert voor zowel de beperking van druggerelateerde schade als de beperking van schade ten gevolge van een erg repressief drugbeleid. DuPont (1996) stelt dat voorstanders van een repressief beleid in de Verenigde Staten met opzet de harmreductionbeweging in diskrediet trachten te brengen door te beweren dat ze een dekmantel is voor de legalisatiebeweging.

In landen waar het drugbeleid meer is dan een war on drugs, zijn aanhangers van harm reduction minder voorstander van een legalisatie dan in de Verenigde Staten. Het is wel zo dat over het algemeen binnen harm reduction men ervoor pleit om druggebruikers niet louter omwille van hun gebruik in de gevangenis te zetten, omdat dit meestal meer schadelijke gevolgen heeft dan het gebruik op zich. Een dergelijk standpunt vinden we terug in de toepassing van de drugwetgeving van verschillende landen in Europa, in Canada, Australië en Nieuw-Zeeland. Men zal er druggebruikers, die geen drugs dealen of andere criminele feiten plegen, eerder naar de hulpverlening doorverwijzen (al dan niet gedwongen) dan dat men ze gevangen zal zetten.

Ook de IHRA (2002c) erkent dat het verband tussen harm reduction en het ijveren naar een aanpassing van de drugwetgeving sterk afhankelijk is van de lokale situatie. Wanneer de drugwet

een erg negatieve, schadelijke invloed heeft op druggebruikers en hun omgeving en als die schade groter is dan de schade ten gevolge van hun gebruik, is het logisch dat harmreductionisten in dat geval gaan streven naar een aanpassing van die drugwetten. Daartegenover staat dat, hoewel de doelstellingen van de drugwetgeving en van harm reduction vaak erg ver uit elkaar liggen, dit niet betekent dat de toepassing van beide onverzoenbaar is (IHRA, 2002d). Zo kunnen harm-reductionisten en politiediensten soms samenwerken om bepaalde druggerelateerde misdaden te verminderen.

Tegenwoordig wordt er eerder gesproken over mensenrechten van mensen die drugs gebruiken. Mensen die drugs gebruiken verliezen hun mensenrechten niet. Ze hebben recht op de hoogst haalbare standaard van gezondheid, toegang tot sociale diensten, recht op werk, recht om te genieten van wetenschappelijke vooruitgang en tot vrijheid.

7. TOEPASSING VAN HARM REDUCTION OP VERSCHILLENDE PRODUCTEN

Harm reduction is toepasbaar bij diverse vormen van middelengebruik: illegale drugs, Nieuwe Psychoactieve Stoffen, tabak en alcohol.

Toepassing van de harmreductiondefinitie op alcohol

Binnen het alcohol werkveld is er een erkenning dat abstinentie niet altijd de ideale oplossing is (Pearl, 1926, Rehm et al. 2004b; Rehm et al, 2003).

Er is consensus bij alcoholexperts dat:

- Abstinentie niet het enige doel is van een volksgezondheidsaanpak en zelfs niet altijd een behandelingsdoel voor individuen binnen een therapie
- Drinkpatronen beïnvloeden de alcoholgerelateerde schade
- Schade door alcohol ook gerelateerd is met de omgeving en de context van het drinken (Rehm et al., 2004a)

Zoals Erickson (1999) al stelde toen hij drie fasen onderkende in de harmreductionbeweging, gaat er de laatste jaren - in tegenstelling tot de voorafgaande periode waarin illegale drugs centraal stonden - meer aandacht naar het thema harm reduction en alcohol. Stockwell (2002) noemt het ontstaan van het begrip harm reduction als een duidelijke trend in het alcoholbeleid de "drugification of alcohol policies". Hij stelt dit tegenover de "alcoholisation of drug policies", een beweging naar een gereguleerde legale markt voor bepaalde drugs die momenteel in de meeste landen illegaal zijn.

In de jaren '60 sprak men reeds van "making the world a safe place for the drunks". De IHRA (2002e) stelt voor strategieën te ontwikkelen die erop gericht zijn de rechtstreekse schade ten gevolge van alcoholgebruik te beperken zonder noodzakelijk een vermindering van de alcoholconsumptie te beogen.

In de literatuur wordt de discussie gevoerd over welke initiatieven met betrekking tot alcohol men kan bestempelen als harm reduction. Een belangrijke reden voor deze discussie is de algemeen aanvaarde stelling dat een vermindering in de gemiddelde alcoholconsumptie leidt tot een vermindering van het aantal zware drinkers in een populatie (Garretsen & van de Goor, 2002). Men redeneert dat alcoholgerelateerde schade enkel kan worden teruggedrongen door een vermindering van de alcoholconsumptie van de totale bevolking (Edwards *et al.*, 1994). Dat houdt te weinig rekening met het feit dat er voordelen zouden kunnen zijn aan benaderingen die niet gericht zijn op een daling in het alcoholgebruik (Stockwell, 2002), en dus ook haaks op de idee dat harm reduction met betrekking tot alcohol effectief kan zijn. Wanneer we gaan kijken in de literatuur naar welke maatregelen door auteurs worden geklasseerd onder harm reduction en deze toetsen aan onze definitie van harm reduction, stellen we vast dat regelmatig maatregelen onterecht het label harm reduction krijgen. Stockwell illustreert dit met enkele voorbeelden uit een publicatie van Plant *et al.* (1997): het aanleren van gecontroleerd drinken, wat voornamelijk neerkomt op minder leren drinken per gelegenheid (Cameron, 1997), trainingen voor horecapersoneel om verantwoord alcohol te schenken - meestal gericht op het tijdig weigeren om alcohol te schenken aan mensen die onder invloed zijn - en aan minderjarigen (Saltz *et al*., 1997). Er kan discussie zijn of het in deze

voorbeelden al dan niet over harm reduction gaat omdat ze vooral gericht zijn op vermindering van de alcoholconsumptie.

Minderen van consumptie of zelfs abstinentie staat niet haaks op harm reduction, maar is niet de eerste doelstelling. Dit betekent echter niet dat harm reduction in een alcoholbeleid niet mogelijk is of niet bestaat. Een eerste voorbeeld is onze Belgische Bob-campagne. Men zegt niet dat je minder moet drinken, maar wel dat je, als je (te veel) drinkt, best niet achter het stuur kruipt. De alternatieven kunnen dan zijn: zoeken naar een 'Bob' of gebruik maken van het openbaar vervoer. Deze alternatieven laten je toe zoveel te drinken als je wenst. Bovendien daalt de alcoholgerelateerde schade - *in casu* het aantal verkeersongevallen ten gevolge van overmatig alcoholgebruik. Op andere schade, zoals leverbeschadiging, geweldpleging ... heeft de campagne uiteraard geen invloed.
Nog andere voorbeelden van harm reduction in een alcoholbeleid:

- Maatregelen gericht op het geweld voortvloeiend uit dronkenschap door plastieken bekertjes te gebruiken
- Infrastructuurmaatregelen
- Portiers leren hoe ze de gemoederen kunnen bedaren in plaats van ze verder te laten escaleren (Graham & Homel, 1997)
- Toevoeging van thiamine (vitamine B) aan brood, bier en wijn om de kans op alcoholgerelateerde hersenschade te verminderen (Drew & Truswell, 1998)
- Jongeren trainen hoe ze kunnen zorgen voor vrienden die het bewustzijn verliezen ten gevolge van alcoholgebruik (Youth Research Center, 1995) ...

Stockwell (2002) stelt ook dat wanneer we de definitie van harm reduction willen toepassen op alcohol, blijkt dat een groot deel van de initiatieven die vaak worden gesitueerd binnen de harm-reductionbenadering, meer te maken hebben met risicovermindering dan met schadebeperking. Maar, zoals we hierboven reeds stelden, is het onderscheid tussen initiatieven die zich richten op risicovermindering en initiatieven die zich richten op schadebeperking een artificieel onderscheid in de preventie- en hulpverleningspraktijk.

In mei 2010 heeft de WHO een Global Actionplan ontworpen en gepresenteerd op haar algemene vergadering.

Enkele van de opties rond alcohol zijn: beperking van de beschikbaarheid van alcohol, prijsverhoging, verbetering van behandeling en zorg. Maar ook: 'terugdringen van de negatieve gevolgen van drinken en alcoholverslaving' en meer specifiek het opzetten of verbeteren van voorzieningen die chronische drinkers adequaat kunnen helpen. Op deze opties is het idee van alcoholgebruiksruimtes geënt. Het achterliggende idee is namelijk gericht op het bieden van adequate zorg en hulp bij chronisch drinkers die hun gezondheid sterk verwaarlozen, weinig zelfredzaam zijn en vaak overlast veroorzaken. Een alcoholgebruiksruimte biedt een soort vangnet, een mogelijkheid om met moeilijk bereikbare cliënten in contact te komen[2]

In Nederland zijn er recentelijk enkele alcohol-gebruiksruimtes[3] opgestart (o.a. in Breda, Amersvoort en andere). Het achterliggende idee is: het terugdringen van de overlast op straat, het beperken van

---

[2] https://www.tactus.nl/storage/98b2a5c21c9b587e417b3bd360e96308aec2a41b/files/Alcoholgebruiksruimten2011.pdf, geconsulteerd op 16 juni 2014

[3] https://www.tactus.nl/storage/98b2a5c21c9b587e417b3bd360e96308aec2a41b/files/Alcoholgebruiksruimten2011.pdf, geconsulteerd op 16 juni 2014

de gezondheidsschade voor gebruikers en het in contact komen met moeilijk bereikbare cliënten (Bron: www.resultatenscoren.nl/data/upload/...).

Een ander voorbeeld van harm reduction bij alcohol is het HAMS-netwerk (Harm Reduction, Abstinence and Moderation Support) dat vertrekt vanuit het idee dat het gemakkelijker is om mensen te motiveren kleine veranderingen aan te brengen dan ineens een grote verandering in het drinkgedrag trachten te bekomen. Ze stellen dat het meer effectief is om mensen aan te leren hun drinkgedrag te plannen en veiliger te leren drinken dan om te proberen het drinkgedrag volledig te elimineren (Bron: http://www.hamsnetwork.org/)

8. HOE EFFECTIEF IS HARM REDUCTION? (IHRA, 2010)

De kern van de effectiviteit van harm reduction ligt in de combinatie van de verschillende initiatieven (Hickman,2010). Het bespreken van de evidentie van elke interventie apart, geeft een vertekend beeld. Omdat harmreductioninterventies gericht zijn op de hele gemeenschap moet er ook we rekening gehouden met omgevingsfactoren wanneer deze ontwikkeld worden.

8.1. Aanbevelingen, evidentie en effectiviteit

De meeste West-Europese landen includeren harm reduction in hun nationale beleidsplannen rond hiv en drugs.

Bij een evaluatie van het vorige actieplan (van 2005 tot 2008) concludeert de Europese Commissie (EC) dat er verdere verbeteringen nodig zijn rond toegankelijkheid, beschikbaarheid en coverage van harm reduction services in Europa. Spuitenruil en onderhouds-substitutie lijken geaccepteerd te zijn, maar een verdere interpretatie van harm reduction wordt niet overal geaccepteerd. De meest controversiele programma's zijn gebruiksruimtes en medisch gecontroleerde heroïneverstrekking.

8.2. Actualisering van eerdere aanbevelingen van de Europese Unie (Busch et al, 2013)

Op 18 juni 2003 werden er in de Europese Unie aanbevelingen gemaakt betreffende de preventie en reductie van gezondheidsschade geassocieerd met druggebruik. Toen werden volgende doelstellingen bepaald:

- Lidstaten van de EU moeten strategieën ontwikkelen die een goede gezondheid waarborgen, binnen een gezondheidsperspectief aan preventie van drugverslaving werken en aan de reductie van gezondheidsschade.

- Lidstaten moeten een gamma aan strategieën implementeren die druggerelateerde schades (zoals hiv, hepatitis en tbc en druggerelateerde overlijdens) reduceren en dit als een geïntegreerd geheel binnen preventie en behandeling.

- Lidstaten moeten evaluatiemaatregelen ontwikkelen die de effectiviteit en efficiëntie meten.

In 2013 werd de huidige situatie in Europa bekeken en volgende aanbevelingen/prioriteiten werden geformuleerd

Epidemologische situatie: er kan gesteld worden dat er in de meeste Europese landen een significante reductie van hiv-infecties is bij injecterende druggebruikers, maar de prevalentie van hepatitis-C-virus is nog steeds hoog in vele Europese landen. Recente hiv-epidemies in Griekenland en Roemenië tonen aan dat hiv-prevalenties snel kunnen stijgen bij specifieke situaties – waaronder een lage toepassingsgraad van harmreductionactiviteiten.

De aanbevelingen van de raad van de EU geeft volgende prioriteiten weer samen met de te nemen harmreductionactiviteiten:

Harm reduction is nog steeds niet politiek onbesproken, in vele Europese landen zijn harmreductionactiviteiten goed geïmplementeerd, maar in sommige landen zet men zelfs een stap

terug. Morele bezwaren en prioritisering voor abstinentiegerichte activiteiten blijven grote obstakels voor harm reduction.

De harmreductionaanpak moet verder versterkt worden op Europees politiek niveau. Daarvoor zijn er drie prioriteiten bepaald.

- Prioriteit A: reductie van druggerelateerde overlijdens door:
  - Verhogen van de spreiding van opiaatsubstitutietherapie
  - Vermeerderen van het aanbod van opiaat substitutietherapie (dalen van wachtlijsten, vermijden van onderbrekingen van het opiaat substitutietherapie programma)
  - Faciliteren van spoeddiensten
  - Faciliteren van peernaloxoneprogramma's
  - Integratie van diensten (speciaal in gevangenissen en nazorg na opname/detox)
  - Gebruiksruimtes
  - Outreach
  - Peerinvolvement/peer support en familie ondersteuning

- Prioriteit B: verbeteren van harm reduction in gevangenissen door:
  - Opiaatsubstitutietherapie (continuïteit in en uit de gevangenis)
  - Gespecialiseerde spuitenruilprogramma's in gevangenissen
  - Ontslagmanagement (voorbereiding van vrijlating)
  - Huisvesting voorbereiden
  - Gezondheidsscreening inclusief infectiepreventie
- Prioriteit C: schadebeperking voor druggerelateerde infecties door:
  - Zie prioriteit B
  - Verbetering van de geografische spreiding van spuitenruilprogramma's, hiv- en HCV behandelprogramma's
  - Verbeterde opvolging van HCV-infecties
  - HBV -vaccinatieprogramma's
  - Outreach
  - Peersupport en familie-ondersteuning

8.3. Concrete harmreductioninitiatieven en hun evidentie

8.3.1. Spuitenruilprogramma's

Veruit de meeste Europese landen organiseren spuitenruilprogramma's (zie ook supra). Naast het ruilen van gebruikte spuiten voor steriele spuiten bieden deze programma's vaak een gamma aan laagdrempelige initiatieven aan. Dit betekent dat het ruilen van spuiten vaak gepaard gaat met een medisch-sociaal zorgaanbod. Men zorgt er ook voor dat de plaats waar het spuitenruilprogramma wordt opgezet laagdrempelig is, zoals bijvoorbeeld een vouwtafel op straat, klinieken, in cafés, mobiele centra ... De gebruikte spuiten worden meestal verzameld in speciale (individuele) containertjes. Het gebruik van containers voorkomt het dumpen van gebruikte spuiten op straat. Sommige projecten geven ook 'starter kits' (informatie, bleekwater, condoom, alcoholdoekjes en soms een steriele naald) aan nieuwe deelnemers aan het programma.

Voor spuitenruil via gespecialiseerde programma's zijn er sterke evidenties betreffende de vermindering van risico's op infecties. De uitdaging is om de geografische coverage/verspreiding te verbeteren en omgaan met andere manieren van (riskant) druggebruik.

Anno 2010 wordt er in de meeste Europese (enkel Andorra, Ijsland, Monaco en Turkije organiseren geen spuitenruil) landen spuitenruil in één of andere vorm georganiseerd: aparte spuitenruillocaties, spuitenruil geïntegreerd in drughulpverlening, spuitenruil via apotheken, outreach (inclusief peer outreach) en in enkele landen zijn er mobiele spuitenruildiensten en spuitenautomaten[4] voorzien .

West-Europa heeft de naam een hoge harmreductiontoepassingsgraad te hebben, zeker in vergelijking met laag– en middeninkomenslanden, maar er is nog steeds ruimte voor verbeterering. Spuitenruil is niet overal even goed toegepast, ook niet in België. Een mogelijk meetinstrument is de ratio van steriel injectiemateriaal per persoon. Vanuit de UN wordt er geadviseerd om minimaal 200 steriele spuiten per jaar per persoon te voorzien (dit om de spreiding van hiv tegen te gaan). Om de spreiding van HCV tegen te gaan moet dit zelfs aanzienlijk verhoogd worden (Sogeti, 2013). De toegankelijkheid moet verhoogd worden alsook de geografische spreiding.

Er is voldoende evidentie dat spuitenruilpunten en spuitenruil via apotheek een vermindering van het aantal hiv-infecties met zich meebrengt, en dat het riskante injectiegedrag daalt. Voor spuitenverdeling via automaten is er momenteel onvoldoende evidentie dat de hiv-prevalentie daalt en er zijn tegengestelde rapporten over het al dan niet dalende riskante injectiegedrag.

Spuitenruil in gevangenissen is onvoldoende onderzocht om effectiviteit aan te tonen.

8.3.2. Onderhoudsbehandeling met substitutiemiddelen

Bij substitutietherapie biedt men illegaledruggebruikers een vervangmiddel aan in de plaats van het product waarvan ze afhankelijk zijn. Op deze manier wil men bereiken dat druggebruikers minder gemarginaliseerd raken, dat ze minder vaak in delinquente situaties terechtkomen en dat ze hun sociale situatie kunnen stabiliseren om zo te kunnen evolueren naar een drugvrije levensstijl.

Substitutietherapie voor opiaatafhankelijkheid is een wijd verspreide aanpak binnen Europa. Het meest gebruikte middel hierbij is methadon. Naast methadon worden ook andere producten gebruikt

---

[4] Spuitenautomaten bestaan in Oostenrijk, Denemarken, Frankrijk, Italie en Duitsland

als substitutiemiddel voor heroïneafhankelijkheid, zoals bijvoorbeeld: L-Alpha-Acethylmetadol (LAAM), Temségic, Subutex (Buprenorphine), Suboxone, Naltrexone (Nalorex), Dihydrocodeine …

In sommige Europese landen, zoals bijvoorbeeld in Nederland (CCBH, 2000), Engeland (Marlatt, 1998) en Zwitserland (Uchtenhagen *et al.*, 1999) wordt diacetylmorfine voorgeschreven ter vervanging van illegale heroïne.

De verspreiding van substitutiemiddelen gebeurt via zeer laagdrempelige kanalen, zoals de eerstelijn (huisartsen), (laagdrempelige) ambulante centra en/of een mobiele verdelingsunits (methadonbus).

Er bestaan ook experimenten, vooral in Groot-Brittannië, met het voorschrijven van 'dexamfetamine' als substitutiemiddel voor illegale amfetamines aan mensen met een amfetamineafhankelijkheid. Voorschrijven van een vervangingsmiddel heeft hier vooral tot doel het verminderen van het spuitgedrag en de daaraan gekoppelde infectieziekten (Kamieniecki *et al.*, 1998).

Er is een sterke evidentie voor de effectiviteit van substitutietherapie betreffende de reductie van hiv en HCV en een reductie van mortaliteit. Het is voldoende bewezen dat het aanbieden van onderhoudssubstitutie de frequentie van het injecteren doet dalen en dat er een daling is van delen van injectiemateriaal en er is een daling van riskant injectiegedrag.

Onderhoudsprogramma's hebben een effect op het aantal fatale overdosissen.

De uitdaging bestaat erin om de geografische spreiding verder te verhogen, om wachtlijsten te vermijden, om de onderbrekingen van de substitutieprogramma's te vermijden en om een differentiatie in het aanbod – aangepast aan de noden van de doelgroep – te verkrijgen

8.3.3. Harm reduction binnen penitentiaire setting (EMCDDA, 2010)

Harm reduction binnen penitentiaire settings start zowieso met een discussie rond het spanningsveld en contradicties die inherent zijn aan harmreductionstrategieën (die gecontinueerd druggebruik accepteren) en justitiële settings (die druggebruik niet accepteren). Dit spanningsveld kan opgelost worden door de focus te leggen op het bieden van effectieve activiteiten die druggerelateerde schade reduceren.

Hoewel harmreductionactiviteiten nog steeds niet in evenredigheid zijn met de 'buitenwereld' zijn er verschillende Europese landen die harmreductionactiviteiten toepassen binnen gevangenissen (E.C, 2007).

Er zijn vier belangrijk harmreductionactiviteiten binnen penitentiaire settings.

1. Spuitenruil binnen gevangenissen

Spuitenruilprojecten zijn reeds meer dan 15 jaar aanwezig binnen gevangenissen. De spuiten worden niet misbruikt als wapen tegen penitentiair personeel, gebruikte materialen worden veilig weggeborgen en het delen van gebruikt materiaal verdween bijna volledig (Meyenberg et al, 1999, Stöver en Nelles 2003).

In 2010 was spuitenruil binnen een penitentiaire setting reeds actief in meerdere Europese landen.

2. Opiaatsubstitutieprogramma's binnen gevangenissen

Hoewel substitutieprogramma's standaard praktijk is geworden binnen de meeste Europese landen (EMCDDA 2009), is er een achterstand in de implementatie van substitutie in penitentiaire settings.

In landen die opioid substitution treatment (OST) aanbieden is het meestal voor een korte termijn detoxificatie en minder frequent als een onderhoudsprogramma (Kastelic et al, 2008). Evidentie toont echter aan dat OST riskant gedrag in de penitentiaire setting kan reduceren (Kimber et al, 2010).

3. Aanbieden van bleekwater/-tabletten en desinfecterende middelen

Verschillende penitentiaire settings bieden bleekwater/-tabletten aan gevangenen die drugs gebruiken om hun gebruikte materialen te desinfecteren voordat ze hergebruikt worden. Deze methode is effectief, maar kan enkel als een tweede strategie, na spuitenruil, worden overwogen. De effectiviteit is sterk afhankelijk van de methode die gebruikt wordt.

4. Aanbieden van condooms en glijmiddel op waterbasis.

Er is nog steeds weinig kennis bij gevangenen omtrent seksueel risicogedrag en risicobeperking (Mac Donald,2005; Todts et al, 1997, UNODC et al, 2006). Belemmerende factoren voor de implementatie van risicobeperking zijn o.a. taboesfeer rond verkrachting, stigmatisering homoseksualiteit, beperkte privacy en beperkt discreet aanbod van condooms.

8.3.4. Gebruiksruimtes [5]

De EMCCDA-studie (2010) over gebruiksruimtes is een belangrijk referentiedocument in verband met het concept gebruiksruimte: het is een neutraal rapport waarin de doelstellingen van gebruiksruimtes helder beschreven worden en uitgegaan wordt van bestaande evaluaties en evidentie. In de Europese Unie zijn er 90 gebruiksruimtes in 8 landen, verspreid over 59 steden.

Een gebruiksruimte is een beschermde plaats bestemd voor het hygiënisch gebruik van vooraf verworven illegale drugs in een niet veroordelende omgeving onder supervisie van daarvoor opgeleid personeel (*Akzept 2000 in Hunt, N. 2006*).

Een gebruiksruimte heeft een aantal doelstellingen:

- Het verbeteren van de gezondheidstoestand en het welzijn van druggebruikers met daarbij het voorkomen van gezondheidsschade en overdosissen.
- Het verbeteren van de toegang tot gezondheidsvoorzieningen en drughulpverlening voor de meest kwetsbare mensen die drugs gebruiken.
- Bijdragen aan de veiligheid en de levenskwaliteit van lokale gemeenschappen.
- Het inperken van de impact van open drug scenes voor de lokale gemeenschap.

Het gaat om een hoog gespecialiseerde voorziening die een onderdeel is van een ruimer netwerk van voorzieningen voor mensen die drugs gebruiken. Een gebruiksruimte is ingebed in een omvattende lokale strategie om tegemoet te komen aan verschillende individuele en gemeenschapsnoden die voortkomen uit druggebruik. Een gebruiksruimte richt zich tot populaties van hoog-risico druggebruikers, meer specifiek tot injecterende druggebruikers en zij die gebruiken in de publieke ruimte. Deze groepen hebben belangrijke gezondheidsnoden waar bestaande voorzieningen niet aan

[5] Visietekst Gebruiksruimte, VAD september 2014

tegemoet komen. Zij stellen problemen voor de lokale gemeenschap die niet opgelost raken door de bestaande sociale voorzieningen of door handhaving.

Er zijn verschillende vormen van gebruiksruimtes: op zich staand of geïntegreerd, met of zonder professionele bestaffing, klein of groter, met verschillende wijzen van organiseren.

Als we hier spreken van een gebruiksruimte bedoelen we een voorziening die een onderdeel vormt van een lokaal netwerk van voorzieningen rond drugproblematiek en die vanuit het lokale beleid mee is aangestuurd. Het gaat dan om een eerder kleinschalig initiatief dat geleid en georganiseerd wordt door professionals. De bestaffing omvat medisch en sociaal geschoolde medewerkers onder supervisie van een arts.

Er worden best twee mogelijkheden voorzien: een lokaal met aparte plaatsen voor het injecteren van drugs en een lokaal met kabines voor het roken van drugs. Bij dit laatste wordt de vrijgekomen rook via een afdoend verluchtingssysteem verwerkt. Naast de eigenlijke gebruikslokalen, wordt er ook een wachtruimte en sanitair voorzien. Verder dient er ook een medisch lokaal aanwezig te zijn. Al naargelang de concrete setting kan gekozen worden om een gebruiksruimte te koppelen aan een inloopcentrum waar er dan ook andere faciliteiten zijn (zitruimte, koffie, activiteitenaanbod e.a.).

Belangrijke organisatorische elementen zijn: ruime openingsuren, toegangsregels (een strak huishoudelijk reglement), combinatie met spuitenruil, aanbod van basisgezondheidszorg, goede afspraken met buurt, afspraken rond handhaving (politie) … Er zijn op deze aspecten variaties mogelijk die afhangen van de concrete setting, de beschikbare budgetten en het lokale drugbeleid. Om een succesvol project te bekomen is er nauwe samenwerking nodig tussen de hulpverlening, gebruikers, de lokale overheid, politie en buurtbewoners. Regelmatig overleg met de verschillende stakeholders draag bij tot een gedragen werking die de vooropgestelde doelstellingen kan realiseren. Best wordt een gebruiksruimte ook opgevolgd vanuit een wetenschappelijke omkadering en evaluatie.

Een belangrijk knelpunt in de Belgische en Vlaamse context is dat er nog geen wettelijk kader is om een gebruiksruimte te kunnen organiseren. Daardoor is het uitbaten van een gebruiksruimte en het gebruik van drugs in dergelijke ruimtes momenteel illegaal.

Gebruiksruimtes streven ernaar om contact te krijgen met moeilijk bereikbare doelgroepen, faciliteren een veilige en hygiënische omgeving, reduceren druggerelateerde overlijdens en verhogen de toegankelijkheid naar de andere sociale, gezondheids en drughulpverleningsdiensten.

Onderzoek toont aan dat gebruiksruimtes hun populatie bereiken en dat er onmiddellijke verbetering op hygiënisch vlak is en een daling van riskant injectiegedrag. Er is voldoende evidentie op vlak van daling van riskant injectiegedrag, een verbetering van injectietechniek en een verbetering van hygiëne. Een daling van de prevalentie van hiv en HCV is onvoldoende bewezen. Er wordt verondersteld dat gebruiksruimtes een daling van het aantal fatale overdosissen teweeg brengen.

Tegelijkertijd is er geen verhoging van druggebruik of van riskant druggebruik of verhoogt het de criminaliteit in de directe omgeving.

8.3.5. Harm reduction naar infectieziektes

Vaccinatie voor Hepatitis B, therapieën/behandelingen voor hiv, Hepatitis B en Hepatitis C zijn effectieve strategieën.

8.3.6. Drug testing

Het testen van pillen gebeurt ook in het buitenland. Doorgaans kunnen twee grote categorieën van pill-testingmethodes onderscheiden worden: de kwalitatieve en de kwantitatieve. De kwalitatieve testmethodes worden vaak gebruikt om op locatie pillen te testen. Onder de kwantitatieve testmethodes vallen de meer gesofisticeerde laboratoriumtestmethodes.

Testen van pillen gebeurt in verschillende landen, zoals in Duitsland, Nederland, Frankrijk, Spanje, Oostenrijk en Zwitserland.

Drugtesting wordt als geïntegreerde service bekeken (combinatie chemische analyse en advies).

8.3.7. Educatie

Het geven van informatie, educatie en communicatie zijn effectief wanneer de setting juist is en wanneer de boodschappen gegeven worden door geloofwaardige personen. Outreachwerk is hierbij een belangrijke piste. Het betrekken van peers in verschillende activiteiten kan hierbij een duidelijke meerwaarde hebben.

8.3.8. Betrekken van gebruikers: peer participatie

25 jaar geleden zijn de eerste peer-initiatieven gestart binnen de hiv-preventieinitiatieven. Sinds dan zijn de peer initiatieven ruimer dan enkel rond HIV bezig; cliëntenraden, peer tewerkstelling, overdosistraining ….

De definitie die gebruikt wordt om peer participatie te beschrijven is: "*peer werkingen zijn vrijstaande initiatieven of een samenwerking tussen doelgroepsleden en een organisatie, gericht op het zinvol betrekken van peers (participatie) en gebaseerd op principes van gelijkwaardigheid en empowerment*." (De Regenboog, 2013). De zeven basisprincipes die gevolgd moeten worden zijn: gelijkwaardigheid, zelfbeschikkingsrecht, echte en volledige betrokkenheid, gebaseerd op sterktes, ondersteuning van gemeenschapsontwikkeling, mensen ontmoeten waar ze zijn en respect.

Peer werkingen zijn geënt op gelijkwaardigheid en een gelijkwaardige relatie; peers delen ervaringen, achtergronden en herkennen een gemeenschappelijke identiteit op een gelijkwaardige basis.

Verschillende peer werkingen zijn mogelijk, de meest gebruikelijke zijn: peer education, peer support en het actief betrekken van peers in de werking als collega/ervaringsdeskundigen

Peer education staat voor informatie doorgeven en kennis overdragen. Binnen de peer groep van gebruikers en binnen de visie van harm reduction[6] komen we tot volgende definitie: *"wanneer een persoon, die deel uitmaakt van een groep gebruikers, informatie en kennis overdraagt naar één of meerdere gebruikers met als doel het voorkomen of het beperken van de schadelijke gevolgen van het gebruik voor de gebruiker zelf en zijn omgeving" (De Regenboog 2013).*

Peer Support is onderlinge steun geven aan elkaar. Binnen de groep van gebruikers en vanuit de visie van harm reduction komen we tot volgende definitie: *"Gebruikers, al dan niet in een georganiseerde structuur, ondersteunen elkaar om alle schadelijke gevolgen die voortvloeien uit hun gebruik zoveel mogelijk te beperken" (De Regenboog 2013).*

Een peer supporter is hierbij een positief rolmodel, die een belangrijke link kan zijn tussen de doelgroep en de organisaties. Hij kan vanuit eigen ervaringen informatie geven, maar mag niet de plaats innemen van de reguliere werkingen. Een peer supporter is een ervaren gebruiker, die het vertrouwen heeft van zijn medegebruikers. Hij moet zeer goed de risico's van zijn eigen gebruik kunnen inschatten. Er moet een respect zijn voor alle medegebruikers en er moet begrip zijn voor de leef- en gebruiksomstandigheden van alle gebruikers. Andere gebruikers moeten als gelijken beschouwd worden

Peer participatie wordt meestal beschreven in de literatuur (EMCDDA, 2010) als "het betrekken van gebruikers in beslissingen rond hun begeleidingstraject en de algemene dienstverlening" (Foster et al 2007). Het betrekken van mensen die drugs gebruiken als werknemer van de organisatie is een duidelijke vorm van participatie.

Sommige organisaties motiveren mensen die drugs gebruiken tot het vormen van cliëntenraden of gebruikersorganisaties (Byrne, 2000).

Binnen gebruikersorganisaties – of zelforganisaties van mensen die drugs gebruiken (Bröring en Schatz,2008) staat onafhankelijkheid en autonomie centraal. Deze organisaties hebben soms de focus op discriminatie i.v.m. hun mensenrechten (Kerr et al 2006).

Internationaal is sinds 2006 INPUD (International network of People who Use Drugs) actief en daarbij staat *"Nothing about us without us"* centraal. Deze organisatie streeft naar empowerment en het zelf representeren van mensen die drugs gebruiken op allerhande fora en beleidsniveaus.

Het betrekken van peers staat centraal binnen harm reduction : "*Mensen die leven met hiv en mensen die drugs gebruiken staan centraal in het bestrijden van hiv en hepatitis C. Vanuit ethische en mensenrechten is betrokkenheid belangrijk, maar betrokkenheid is ook noodzakelijk om de meest effectieve gezondheidszorg te garanderen" (Jürgens, 2008).*

---

[6] Harm Reduction is het beperken van de schadelijke gevolgen van druggebruik, zonder de verwachting dat er gestopt of geminderd wordt met gebruiken, dit voor de gebruiker zelf alsook voor de omgeving.

8.3.9. Medisch gecontroleerde heroïneverstrekking

Een kleine populatie van chronische heroïnegebruikers kan in enkele landen reeds gebruik maken van een nieuwe therapie: diacetylmorfine als substitutiemiddel. Binnen een nieuw rapport van het EMCDDA beschrijven experten dit als een enorme klinische stap voorwaarts voor therapieresistente, moeilijk bereikbare opiaatafhankelijken.

Gesuperviseerde injecteerbare heroïne werd voor het eerst geïntroduceerd in Zwitserland (midden 1990). Over de laatste 15 jaar zijn er zes Europese landen gevolgd (al dan niet in klinische trials), met als gevolg dat medisch gecontroleerde heroïneverstrekking nu geïmplementeerd is als erkende behandeling in Denemarken, Duitsland, Nederland, de UK en Zwitserland. Spanje heeft een klinische trial lopen, ook in België hadden we een medisch pilootproject TADAM in Luik.

Volgens onderzoek is er sterke evidentie dat voor een specifieke groep van chronische heroïnegebruikers medisch gecontroleerde heroïneverstrekking meer effectief is dan OST. Er is een verhoging in hun gezondheidstoestand en welzijn, er is een reductie van hun 'straat'gebruik en een daling van criminele activiteiten.

Wolfgang Götz stelt dat deze vorm van medische verstrekking niet simpelweg het geven van heroïne is aan heroïnegebruikers :"Het is een hoog gereguleerde behandeling, specifiek gericht naar een moeilijk behandelbare groep patiënten."

8.3.10. Peer naloxoneverdeling

Het EMCDDA[7] beschrijft binnen 'best practices' de aanpak van overdoseringen met naloxone.

Het "Take Home Naloxone" (THN) is een project in het Verenigd Koninkrijk dat training over het gebruik van naloxone binnen een overdosis biedt aan druggebruikers en hun omgeving. Naloxone is een opiaat antagonist die de effecten van opiaten neutraliseert en die iemand met een overdosis terug bij bewustzijn brengt.

Een naloxoneprogramma geeft mensen die direct geconfronteerd worden met overdosissen de mogelijkheid te reageren: gebruikers, familieleden, outreachwerkers, spuitenruil, drughulpverlening, maar ook politie

Het doel van naloxoneprojecten is de reductie van druggerelateerde fatale overdosissen.

Werelwijd zien we een stijging van deze naloxoneprojecten en zijn er richtlijnen[8] ontwikkeld. Momenteel zijn er nog te weinig onderzoeken om te spreken over evidentie, maar één studie (Strang et al 2008) toont aan dat de peer naloxone een rol heeft gespeeld in de reductie van fatale overdosissen en het verhogen van kennis.

---

[7] http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=11UK02&tab=overview, geconsulteerd mei 2014

[8] Guide To Developing and Managing Overdose Prevention and Take-Home Naloxone Projects, Harm Reduction Coalition,

9. HARMREDUCTIONINITIATIEVEN IN VLAANDEREN

9.1. Geschiedenis van harm reduction in Vlaanderen

9.1.1. Het COOL-project

Het eerste project dat in Vlaanderen liep met als doel de schade ten gevolge van injecterend gebruik te beperken, was het COOL-project. Dit gezamenlijk project van VAD en Free Clinic (Antwerpen) wilde een antwoord bieden op de ontluikende aidsepidemie onder injecterende druggebruikers. Centraal in het project stond de inschakeling van zogenaamde 'jobisten', (ex-)gebruikers die de preventieve boodschappen zoveel mogelijk verspreidden in hun eigen omgeving. Die boodschappen gingen over veilige seks en veiliger druggebruik. De jobisten konden gebruik maken van hiertoe speciaal ontwikkeld preventiemateriaal, zoals een stripverhaal met preventieve inhoud, een symbolische steriele insulinespuit, flesjes bleekwater om gebruikte spuiten te ontsmetten, condooms en informatie over de hulpverlening in de regio. Om het project te kunnen uitvoeren werd een netwerk opgericht van alle betrokken partners, waaronder ook het parket (MGR, 1994).

In de beginfase (1990-1994) liep het COOL-project enkel in de stad Antwerpen. Later werd het COOL-project uitgebreid naar andere Vlaamse steden, zoals Sint-Niklaas, Oostende, Gent en Mechelen (VAD-Free Clinic-NIAD, 1995).

Het COOL-project leidde tot deelname aan het European Peer Support Project, dat werd gecoördineerd door de voorloper van het Trimbos-instituut in Nederland, het Nationaal Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD).

9.1.2. Het GIG-project

Het vervolg van het COOL-project was het GIG-project, eveneens een samenwerkingsverband tussen VAD en Free Clinic. GIG stond voor 'gezondheidsbevordering bij injecterende gebruikers'. De doelstellingen van het GIG-project waren, zoals de naam het al suggereert, ruimer dan die van het COOL-project. Het GIG-project besteedde onder meer ook aandacht aan de verspreiding van hepatitis-B en -C en voerde onderzoek uit naar het risicogedrag van injecterende druggebruikers (Driesen, 1997).

9.1.3. Pilootproject spuitenruil

Tussen 1992 en 1994 liep een onderzoeksproject in het kader van een samenwerkingsakkoord tussen het NFWO, de staat en de gemeenschappen naar de mogelijkheden van aidspreventie bij injecterende druggebruikers. Het actieonderzoek bestond uit twee delen: preventie in een residentiële drughulpverleningssetting en preventie bij injecterende gebruikers die niet in contact stonden met de reguliere drughulpverlening. Voor deze laatste groep werd een pilootproject spuitenruil opgezet, dat liep in Antwerpen in 1993. De onderzoeker hield elke dag permanentie in verschillende delen van de stad. Injecterende druggebruikers die deelnamen aan het project konden er terecht voor steriel injectiemateriaal (spuiten (in ruil voor gebruikte spuiten), naaldcontainers, alcoholswabs, flesjes bleekwater, watjes), condooms, een drankje en een goed gesprek) (Kinable *et al*., 1994). De resultaten van dit pilootproject waren erg gunstig, maar de juridische context en het politieke klimaat destijds stonden een implementatie van het project in Vlaanderen in de weg.

9.2. Lopende harmreductionprojecten in Vlaanderen anno 2014

9.2.1. Spuitenverdeling en -ruil

Op 5 juli 2000 werd een Koninklijk Besluit ondertekend dat een wettelijk kader biedt voor spuitenruilprogramma's[9]. De Vlaamse overheid besloot eind 2000 om middelen vrij te maken om in de vijf Vlaamse provincies een spuitenverdeel- en ruilsysteem uit te bouwen. VAD besteedde de coördinatie van dit project uit aan Free Clinic. Het werd operationeel in januari 2001.

Het programma richt zich in de eerste plaats tot injecterende druggebruikers. Doelstellingen zijn:

- het voorkomen van besmettelijke aandoeningen (hiv/aids, hepatitis B en C);
- het voorkomen van andere gezondheidsrisico's die verbonden zijn aan injecterend druggebruik, zoals abscessen en longembolie;
- preventie van besmettingsgevaar bij andere groepen van de bevolking, onder meer door recuperatie van gebruikt injectiemateriaal;
- injecterende druggebruikers aanzetten om meer diepgaande zorg- en hulpverlening te zoeken door hen gericht door te verwijzen (De Maere, 2002).

Een eerste luik van dit project spitst zich toe op een optimalisering en drempelverlaging van de verdeling van steriele spuiten via het eerstelijnsnetwerk van apotheken. Sommige apothekers beperken zich tot verkoop, andere verspreiden preventiefolders, verzamelen gebruikte spuiten of nemen effectief deel aan de spuitenruil.

Het tweede luik van het project, de spuitenruil, wordt georganiseerd via de laagdrempelige hulpverlening, zoals de Medisch-Sociale Opvangcentra (MSOC) en het straathoekwerk. Naast de verdeling van spuiten, spuitcontainers en condooms worden via dit netwerk folders verspreid met gerichte preventieboodschappen (over naaldhygiëne, gebruik van steriel materiaal, voorkomen van overdosissen ...) en met informatie over hulpverlening in de streek. In de MSOC wordt -indien financieel haalbaar- testing en hepatitis-B-vaccinatie georganiseerd.

De provinciale coördinatoren geven ook lokaal trainingen aan drughulpverleners en andere professionelen en druggebruikers op het vlak van preventie van overdossisen. De recrutering gebeurt door advertering in laagdrempelige voorzieningen en via persoonlijke contacten. In Antwerpen werd de training opgezet in nauw overleg met de gebruikersgroep BAD (Belangengroep Antwerpse Druggebruikers).

Voor meer informatie over het spuitenverdeel- en ruilproject kan men terecht bij: spuitenruil@free-clinic.be, www.free-clinic.be

9.2.2. Substitutiebehandeling

Zowel methadon als subuxone/subutex (buprenorfine) worden binnen harm reduction bekeken als anti-craving middel.

Methadon is een substitutieproduct voor heroïne. Men schrijft het voor aan mensen met een heroïneafhankelijkheid met als doel hun gezondheid te beschermen (met als doel het verminderen van het aantal riskante injecties en hun levenskwaliteit te verhogen (geen tijd meer spenderen aan op zoek gaan naar geld en drugs, meer tijd om werk te zoeken enzovoort). Er zijn

---

[9] 5 juni 2000. - Koninklijk Besluit tot uitvoering van artikel 4, § 2, 6° van het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies (Publicatie :2000-07-07 (Ed. 1)). De volledige tekst van het KB staat in bijlage .

methadonprogramma's die werken met een afbouwschema, met de bedoeling te stoppen met het gebruik. De methadononderhoudsprogramma's stellen minder eisen en voorzien in een dagelijkse dosis methadon voor de gebruiker over een langere, niet vastgelegde periode zonder de bedoeling het gebruik te stoppen.

Tot maart 2003 bestond er voor methadonverstrekking geen wettelijk kader in België. Door de Wet van 22 augustus 2002[10] die behandeling met vervangingsmiddelen mogelijk maakt en de Koninklijke Besluiten van 2004[11] en 2006[12] kan het voorschrijven, afleveren en toedienen van vervangingsmiddelen gebeuren op een wettelijke basis.

In Vlaanderen worden de meeste methadon(onderhouds)programma's georganiseerd via de laagdrempelige drughulpverlening, zoals de MSOC's en de dagcentra. De harmreductionprogramma's gebeuren in combinatie met psycho-sociale begeleiding. In kleinere steden of landelijke gebieden wordt methadon voorgeschreven door de huisarts. De voorschrijvende huisarts werkt bij voorkeur onder de supervisie van een gespecialiseerd drughulpverleningcentrum (cf. consensusconferentie). In sommige stedelijke gebieden is de vraag groter dan het beschikbare aanbod van methadon(onderhouds)programma's.

Voor meer informatie en adressen van de MSOC en dagcentra kan u terecht op http://www.ida-nl.be/doorverwijsgids.aspx

9.2.3. Schadebeperkende projecten in het uitgangsleven

Quality Nights

Het Quality Nights Charter is een overeenkomst tussen VAD/De DrugLijn, uitbaters van uitgaansgelegenheden of promotoren van dance events, één of meerdere lokale of regionale preventiepartner(s) en de lokale overheid. Met de ondertekening van het Quality Nights Charter maken uitgaansgelegenheden of dance events duidelijk dat ze begaan zijn met het welzijn van hun klanten. Ze engageren zich om minimum zes gezondheidsservices (zichtbaar door rode pictogrammen in de vorm van een ster) aan te bieden aan hun publiek en dragen zo bij aan een veiligere en gezondere uitgaanslocatie. De Quality Nights uitgaanslocaties maken bovendien hun huisreglement bekend aan het uitgaanspubliek.

De zes basisservices:

1. Getraind personeel: De medewerkers van een Quality Nights uitgaanslocatie zijn opgeleid om in te spelen op (gezondheids)problemen.

2. Gezondheidsinformatie: Quality Nights uitgaanslocaties informeren hun bezoekers over veilig en gezond uitgaan, gehoorschade, veilig vrijen, veilig verkeer, alcohol & drugs enzovoort. 'Early

[10] http://vad-koha.osslabs.biz/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=7347

[11] http://vad-koha.osslabs.biz/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=15381

[12] http://vad-koha.osslabs.biz/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=11690

Warnings' informeren de bezoekers indien er extra gevaarlijke drugs in omloop zijn in Vlaanderen. Ze worden via affiches of schermen gecommuniceerd aan de bezoekers.

3. Condooms: In Quality Nights uitgaanslocaties worden condooms verkocht of gratis ter beschikking gesteld om onveilige seksuele contacten, soa's en ongewenste zwangerschappen zo veel mogelijk te voorkomen.

4. Gratis water: Elke Quality Nights locatie voorziet vrije toegang tot gratis drinkwater voor de bezoekers die daar nood aan hebben.

5. Oordopjes: Quality Nights uitgaansgelegenheden beperken het geluidsniveau tot het wettelijke maximum en stellen gratis oordopjes ter beschikking.

6. Initiatieven voor veilig vervoer: Quality Nights locaties nemen verschillende initiatieven om veilig verkeer te bevorderen. Ze informeren hun bezoekers over hoe ze met het openbaar vervoer thuis geraken; stel ademanalysetoestellen ter beschikking (betalend) en werken mee aan sensibiliserende acties.

Het charter moedigt de uitbaters en organisatoren aan om ook andere gezondheidsmaatregelen te nemen die het welzijn van hun klanten bevorderen, zoals:

7. Een chill-outruimte: In een chill-outruimte kunnen bezoekers zitten en tot rust kunnen komen in een koele, relaxe ruimte.

8. Een EHBO-ruimte: Een EHBO-ruimte of -post is uitgerust om de eerste hulp toe te dienen. Deze kan eventueel aangevuld worden met een Relax Zone.

9. Een vestiaire: De meeste Quality Nights uitgaansgelegenheden bieden een bewaakte vestiaire aan waar de bezoekers overtollige kledij veilig kunnen afgeven of opbergen.

10. Klimaatregeling: Sommige Quality Nights clubs of indoor events voorzien ventilatie- en koeltechnieken die zorgen voor een aangenaam binnenklimaat. Sommige outdoor events nemen maatregelen tegen gezondheidsproblemen veroorzaakt door regen/koude en de zon.

11. (Gezond) eten: Bijna alle events voorzien eten. Sommige bieden ook gezonde alternatieven voor frieten en hamburgers in de vorm van smoothies, fruit enz… Slechts enkele Quality Nights clubs bieden eten aan in hun zaak.

12. Toegankelijkheid voor bezoekers in een rolstoel: Sommige Quality Nights uitgaansgelegenheden houden rekening met de noden en behoeften van bezoekers in een rolstoel.

Voor meer informatie kan men terecht op www.druglijn.be .

Breakline en Vitalsounds

Breakline en Vitalsounds zijn *preventie-, risicobeperkend- en peer support projecten* gericht op het *uitgaansleven* in Antwerpen, West-Vlaanderen en regio Gent-Oudenaarde. Met een

enthousiast team vrijwilligers (partypeers) staan ze met een mobiele infostand op allerhande evenementen in de elektronische muziekscene.

De doelgroep die beoogd wordt zijn in de eerste plaats jongeren die uitgaan en meer specifiek jongeren die drugs gebruiken of er aan denken te gebruiken in een recreationele setting.

De focus van de projecten ligt op veiliger uitgaan. Concreet worden jongeren wetenschappelijk correcte en bruikbare informatie aan over drugs(gebruik), veilig seksueel contact en gehoorschade aangeboden tijdens het uitgaan. Op basis hiervan kunnen jongeren dan geïnformeerde keuzes maken in verband met hun gezondheid en uitgaansleven. Hierbij wordt geen standpunt ingenomen voor of tegen druggebruik, maar wordt erkend dat het een wijdverspreid fenomeen is dat risico's inhoudt en dat er maatregelen kunnen genomen worden om deze potentiële risico's en schade te voorkomen en te beperken.

Voor meer informatie kan men terecht op www.breakline.be en www.vitalsounds.be

9.2.4. EWS

Het Belgisch Early Warning System Drugs (BEWSD) volgt in België de samenstelling op van gekende illegale drugs (zoals heroïne en cocaïne). Bovendien wordt ook het verschijnen van de zogenaamde "New Psychoactive Substances" ("Legal Highs", "Research Chemicals") op de markt in België gevolgd door het BEWSD.

In deze context verstuurt het BEWSD regelmatig waarschuwingsberichten naar het professionele netwerk, bestaande uit preventiewerk, hulpverlening, spoeddiensten, politie/parket … Vele van deze waarschuwingen hebben betrekking op hooggedoseerde of gecontamineerde drugs (bv. hooggedoseerde xtc-tabletten, verontreinigde amfetamine op de markt …). Bovendien wordt via de media het publiek ingelicht, indien er een reëel gevaar voor de volksgezondheid bestaat.

Het BEWSD is voor zijn informatie voornamelijk afhankelijk van de analyses van de voornaamste forensische laboratoria in België. De voornaamste databron is het laboratorium van de federale politie (het NICC), waar de meeste inbeslaggenomen drugs geanalyseerd worden. Gezien het hier echter meestal gaat om grotere inbeslagnames, heeft dit een impact op de zuiverheid van drugs zoals die door het BEWSD gerapporteerd wordt. Inbeslagnames geven niet noodzakelijk weer wat er onder gebruikers de ronde doet. In dit verband neemt het BEWSD ook deel aan pill testing en amnesty bin-projecten, om op die manier meer informatie te verzamelen over welke drugs onder gebruikers de ronde doen (i.t.t. inbeslagnames).

Voor meer informatie kan men terecht op http://ews.druglijn.be/nl-be/wat-is-ews/home-114.aspx

9.2.5. Verkeer: 'BOB'-campagne

Het probleem van rijden onder invloed stelt zich gedurende het hele jaar, maar duikt nog meer op tijdens de feestperiode. Elk jaar staat de maand december synoniem voor allerlei feesten. De gelegenheden om alcohol te drinken zijn troef en soms is de verleiding groot om met een glaasje op achter het stuur plaats te nemen, met alle gevolgen vandien. Daarom schenkt het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid (BIVV) met de BOB-campagne traditiegetrouw aandacht aan de bestrijding van rijden onder invloed. De taak van Bob is na het feest de anderen veilig naar huis

brengen. Boodschap van de campagne: alcoholconsumptie gaat niet samen met het besturen van een voertuig (BIVV, 2003).

Voor meer informatie kan men terecht bij het BIVV (tel. 02-244 15 11 - website www.bivv.be, goforzero: http://www.goforzero.be/nl)

10. UITDAGINGEN VOOR HARM REDUCTION

Hoewel harm reduction en harmreductionprogramma's volgens het EMCDDA geïntegreerd zijn en er heel wat evidentie rond is, maken nieuwe ontwikkelingen in het drugwerkveld dat harm reduction voor heel wat uitdagingen staat.

Op het laatste Europese harmreductioncongres (Bazel, 2014) sprak Dagmar Heindrich over enkele uitdagingen waar harm reduction in de toekomst voor staat:

- *"Naast het opvullen van hiaten en het monitoren van nieuwe trends moeten bestaande harmreductionstrategieën hun portfolio uitbreiden. Niet enkel illegale drugs moeten aangepakt worden, ook alcohol, tabak, gokken, gamen, mentale gezondheid, seksuele gezondheid. Door het veelvuldige gebruik van internet en sociale media moet er nagedacht worden aan nieuwe vormen van outreach".*
- *"We weten ook dat hepatitis C de nieuwe epidemie is, de rol van harm reduction in de preventieve aanpak en de nieuwe therapieën is niet klein".*
- *"Nog steeds zijn er druggerelateerde overlijdens, het is belangrijk dat harm reduction hier mee werkt aan de reductie ervan door nieuwe initiatieven zoals gebruiksruimtes en naloxone-verdeling verder te ondersteunen".*
- *"De opkomst van NPS (Nieuwe Psychoactieve Stoffen) zorgt ervoor dat ook harm reduction zich moet blijven vernieuwen".*

In de harmreductionmonografie (EMCDDA, 2010) wordt gesteld dat bestaande harmreduction-initiatieven zich moeten aanpassen aan de veranderende drugwereld:

1. Gebruiksruimtes hebben hun nut bewezen in verschillende landen. Het installeren van deze gebruiksruimtes in andere landen waar er nood aan is, is één van de uitdagingen. Maar bestaande gebruiksruimtes staan zelf voor de uitdaging dat er snelle veranderingen in het gebruik kunnen voorkomen: veranderende drugpatronen, veranderende context waarbinnen gebruikt wordt maken dat er andere risico's en schadelijke gevolgen zijn.

2. Participatie van mensen die drugs gebruiken is één van de centrale zaken binnen harm reduction. Het actief betrekken van mensen die drugs gebruiken in hun eigen traject is waarschijnlijk de meest basale vorm van gebruikersparticipatie. De uitdaging bestaat erin om mensen die drugs gebruiken als volwaardige partner te betrekken binnen een drugbeleid. Er zit een enorm potentieel in het betrekken van mensen die drugs gebruiken.

3. Harm reduction heeft zich traditioneel gericht op volwassen 'probleem'gebruikers en heeft daardoor de schade geassocieerd met recreatief gebruik verwaarloosd. Hierdoor zijn er ook geen gepaste methodieken ontwikkeld en is een inhaalbeweging nodig.

11.REFERENTIES

Australian Drug Foundation, *Treatment*. URL: www.adf.org.au/drughit/treat.html, 2002.

Berridge, V., Harm minimisation and public health: an historical perspective. In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive drugs & harm reduction. From faith to science*. London: Whurr Publishers, 1993, 55-64.

BIRN, *Belgian National Report on drugs 2001, Commissioned by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, IPH/EPI Reports nr. 2002-001*. Brussel: BIRN, 2002.

BIRN, *Belgian National Report on drugs 1998, National Policy, Epidemiology, Demand Reduction, Early Warning System, Reitox Belgian Focal Point, Scientific Institute of Public Health – LP*. Brussel: BIRN, 1999.

Belgisch Instituut Voor Verkeersveiligheid, Bob-campagne. URL: http://www.bivv.be/main/OnzeCampagnes/Archief/DetailCampaign.shtml-detail=645988575&language=nl.htm, 2003.

Borland, R. & Scollo, M., Opportunities for harm minimization in tobacco control. *Drug and Alcohol Review*, 1999, *18*, 345-353.

Brug, J., Schaalma, H., Kok, G., Meertens, R.M. & van der Molen, H.T., *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum, 2000, pp. 17.

Buning, E., The role of harm reduction programmes in curbing the spread of HIV by drug injectors. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), *Aids and drug misuse.The challenge for policy and practice in the 1990's*. London, New York: Routledge, 1990, 153-161.

Buning, E., *Fifteen years of harm redcution: a reflexion*. URL: http://www.drugtext.org/library/articles/923411.html , 2002(a).

Buning, E., *Harm reduction in mainstream thinking*. URL: http://www.drugtext.org/library/articles/92346.html , 2002(b).

Busch M. , Grabenhofer, Weigl, Wirl: Report on the current state of play of the 2003 Counsil recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries, Vienna 2013,European Commission

Cameron, D., Harm minimisation in clinical practice. In R. Plant, E. Single & T. Stockwell (Eds.), *Alcohol: minimising the harm.* London: Free Association Books Ltd., 1997, 233-247.

Daisy, F., Thomas, L.R., Worley, C., Alcohol use and harm reduction within the native community. In: G.A. Marlatt (Ed.), *Harm reduction. Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford Press, 1998, pp. 327-350.

De Cauter, F., *Methodiek van de preventieve projectwerking*. Leuven: Acco, 1990.

De Maere, W., Eén jaar spuiten verdelen en ruilen in Vlaanderen. *VAD-berichten*, 2002, *1*, 7.

De Regenboog, *Brochure 'Greater meaningful involvement of people who use drugs*. De Regenboog groep for the Correlation project , 2013

Department of Health et al , Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management' (Department of Health et al., 2007).

DesJarlais, D.C. & Friedman, S.R., AIDS, injecting drug use and harm reduction. In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction. From faith to science*. London: Whurr Publishers, 1993, 297-309.

DesJarlais, D.C., Editorial. Harm reduction. A framework for incorporating science into drug policy. *American Journal of Public Health*, 1995, *85(1)*, 10-12.

Donoghoe, M., Stimson, G., Dolan, K., Alldritt, L. Changes in HIV-risk behaviour in clients of syringe exchange schemes in England and Scotland. *Aids*, 1989, *3*, 267-272.

Drew, L.R. & Truswell, A.S., Wernick's encephalophahty and thiamine fortification of food: time for a new direction? *Medical Journal of Australia*, 1998, *168(11)*, 534-535.

Driesen, G., *Risicogedrag bij injecterende druggebruikers in Vlaanderen. Onderzoek uitgevoerd door het GIG-project, een gezamenlijk project van VAD en Free Clinic, erkend en gesubsidieerd door het Vlaams Ministerie van Gezondheidsbeleid*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Antwerpen: Free Clinic, 1997.

Drug Watch, *Harm reduction truth and lies*. http://www.drugwatch.org/T&L%20Harm%20Reduction.htm, 1995

DuPont, R., Harm reduction and decriminalization in the UNited States: a personal perspective. *Substance Use & Misuse*, 1996, *31(14)*, 1929-1945.

Edwards, G.A.P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, H.D., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J., Skög, O.-J., *Alcohol policy and the public good*. New York: Oxford University Press, 1994.

EMCDDA : The EU drugs strategy (2013–20) download van http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/eu-drugs-strategy-2013-2020

EMCDDA Harm Reduction Monograph chapter 11, IDPC Briefing Paper. Drug consumption rooms. Evidence and Practice. Juni 2012

EMCDDA Monograph Chapter 13; Young people, recreational drug use and harm reduction. Adam Fletcher, Amador Calafat, Alessandro Pirona and Deborah Olszewski

EMCDDA monograph, chapter 12; user involvement and user organization. N Hunt, E Albert, V Montanes Sanches

EMCDDA monographs: Harm reduction: evidence, impacts and challenges, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010

EMCDDA, Chapter 11 of the ECMDDA Harm Reduction Monograph '*Drug Consumption Facilities in Europe and beyond*'.

EMCDDA, Harm reduction monograph, EMCDDA 2010, chapter 13 young people, recreational drug use and harm reduction

EMCDDA, Harm reduction monograph, EMCDDA chapter 11 p 320, drug consumption facilities in Europe and beyond



EMCDDA, Harm reduction monograph, EMCDDA, 2010, chapter 12 user involvement and organisation in Europe

Erickson, P.G., Harm reduction: what it is and what it is not. *Drug and Alcohol Review*, 1995, *14*, 283-285.

Erickson, P.G., Introduction: the three fases of harm reduction. An examination of emerging concepts, methodologies, and critiques. *Substance Use & Misuse*, 1999, *34(1)*, 1-7.

First state-of-the-art overview on new heroin-assisted treatment EMCDDA report presents latest evidence on heroin-assisted treatment for hard-to-treat opioid users Lisbon, 19.4.2012 *(News release No 1/2012)*

Free Clinic vzw, Harm reduction en peersupport handbook, Free Clinic, 1996

Fromberg, E., *The ideologies behind harm reduction*. Paper presented at the 6th Interna-tional Harm Reduction Conference, Florence, 26-30 March 1995. URL: http://www.drugtext.org/library/articles/erike4.html, 2002.

Garretsen, H.F.L. & van de Goor, I., Harm reduction and alcohol. URL: http://www.drugtext.org/library/articles/92343.html, 2002.

Graham, K., Homel, R., Creating safer bars. In R. Plant, E. Single & T. Stockwell (Eds.), *Alcohol: minimising the harm. What works?* New York: Free Association Press, 1997, 171-192.

Harm reduction coalition, Guide To Developing and Managing Overdose Prevention and Take-Home Naloxone Projects, Harm Reduction Coalition, Uk

Hathaway, A.D. Shortcomings of harm reduction: toward a morally invested drug reform strategy. *International Journal on Drug Policy*, 2001, *12*, 125-137.

Hawks, D. Impediments to the global adoption of harm-reduction policies. In N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O’Hara (Eds.) *Psychoactive drugs & Harm Reduction. From Faith to Science*, London: Whurr Publishers, 1992, 93-102

Henman, A. Harm Reduction or harm aggravation? The impact of the developed countries’ drug policies in the developing world. In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction. From faith to science*. London: Whurr Publishers, 1993, 247-256

Hickman, M. (2010), ‘HCV prevention — a challenge for evidence-based harm reduction’, in European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges,* Rhodes, T. and Hedrich, D. (eds), Monograph 10, pp. 405–32.

Hunt, N., The importance of clearly communicating the essence of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 2001, *12*, 35-36.

Hunt N, Recovery and harm reduction: time for a shared, development oriented,programmatic approach? By Neil Hunt In, Harm Reduction in substance use and high-risk behaviour, (Eds.) Richard Pates and Diane Riley, Chichester: Wiley-Blackwell, 2012

IHRA, *Principles of harm reduction*. URL: http://213.130.160.23/harmreduction/prince.html, 2002(a).

IHRA, *What is harm reduction?* URL: http://www.ihra.net/index.php?option=articles&Itemid=3&topid=0&Itemid=3#, 2002(b).

IHRA, *Is harm reduction and drug law reform the same thing?* URL: http://www.ihra.net/index.php?option=articles&Itemid=3&topid=0&Itemid=3#, 2002(c).

IHRA, *Are drug law enforcement and harm reduction irreconcilable?* URL: http://www.ihra.net/index.php?option=articles&Itemid=3&topid=0&Itemid=3#, 2002 (d).

IHRA, What is the relevance of harm reduction to alcohol-related problems? URL: http://www.ihra.net/index.php?option=articles&Itemid=3&topid=0&Itemid=3#, 2002(e).

IHRA, International Harm Reduction Association The Global state of harm reduction , 2010 International Harm Reduction Association

IHRA, What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, London, United Kingdom, English, 2010

IHRA, The global state of harm reduction, p31-34, 2012 harm reduction international

IHRA, The Global state of Harm Reduction 2012; towards an integrated response, Harm Reduction international, IHRA, London p 56-63

Jürgens : Nothing about us without us – greater, meaningful involvement of people who use illegal drugs: a public health, ethical, and human rights imerative, international edition, Canadian HIV/AIDS legal network, international HIV/AIDS alliance, Open Society institute, Toronto, 2008

Kamieniecki, G., Vincent, N., Allsop, S., Lintzeris, N., *Models of intervention and care for psychostimulant users.* Monograph Series No 32, National Centre for Education and Training on Addiction, Publication number 2226, Australia: Looking Glass Press for Publications and Design (Public Affairs), 1998.

Kinable, R., Casselman, J., Todts, S. & Van Deun, P., *Drugsgebruikers en AIDS. AIDS-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers en evaluatie van een preventief project. Onderzoeksproject in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen het NFWO, de staat en de gemeenschappen*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, Antwerpen: Free Clinic, 1994.

Martin Busch et al Report on the current state of play of the 2003 Counsil recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drugdependence, in the EU and candidate countries. Martin Busch et al, Vienna, april 2013

Lenton, S., Midford, R. Clarifying 'harm reduction'? *Drug and Alcohol Review*, 1996, *15*, 411-413.

Lenton, S. & Single, E., The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 1998, *17*, 213-220.

Leurquin, P., Bils, L., Hariga, F., Kottgen S., Laudens, F., Vanderveken, M., *Belgisch nationaal rapport over drugs*. *IPH/EPI reports nr. 2000-018.* Brussel: BIRN, 2001.

Maatschappelijk Geneeskundige Research, *Het COOL-project in Sint-Niklaas. Maart-november 1994. Extern rapport*. Antwerpen: Maatschappelijk Geneeskundige Research, 1994.

MacCoun, R.J., Reuter, P., *Drug war heresies. Learning from other vices, times, & places*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.



Marlatt, G.A., *Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors.* New York: The Guilford Press, 1998.

Martin, C., Commentary on "Policy - alcohol and other drugs." In J. Langenbucher et al. (Eds.), *Annual Review of Addictions Research and Treatment*, vol. 3. Oxford: Pergamon, *1994*, 399-401.

McDermott, P., Representation of drug users. Facts, myths and their role in harm reduction strategy. In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), *The reduction of drug-related harm*. London: Routledge, 1992, 195-201.

Mugford, S., Harm reduction: does it lead where its proponents imagine? In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), *Psychoactive drugs and harm reduction. From faith to science*. London: Whurr Publishers, 1993, 21-33.

Nadelmann, E., *Legalisation or harm reduction: the debate continues. Are you a libertarian legaliser or a progressive prohibitionist?* URL: http://www.drugtext.org/library/articles/923203.htm, 2002.

Newcombe, R., High time for harm reduction. *Druglink*, 1987, *1*, 10-11.

Newcombe, R., The reduction of drug-related harm. A conceptual framework for theory, practice and research. In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), *The reduction of drug-related harm*. London, New York: Routledge, 1992, 1-14.

Newcombe, M.D., Predictors of drug use and implications for the workplace. In: S. MacDonalds & P.M. Roman (Eds.), *Drugtesting in the workplace. Research advances in alcohol and drug problems*, Volume 11:. New York: Plenum Press, 1994.Normand, J., Vlahov, D., Moses, L. (Eds.), *Preventing HIV transmission. The role of sterile needles and bleac*h. Washington, DC: National Academy Press, 1995.

Nutt et al, Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, prof D Nutt, phd L King, phd L Phillips, 2010 The Lancet Volume 376, Issue 9752

Pates et al, Harm reduction in substance use and high risk behaviour, (eds) Richard Pates and Diane Riley, Chichester: Wiley –Blackwell, 2012

Plant, R., Single, E., Stockwell, T. (Eds.), *Alcohol: minimising the harm*. London: Free Association Books Ltd., 1997.

Peele, S., What is harm reduction and how do I practice it? *Smart Recovery News & Views*, *Summer 2002*, 5-6.

Prochaska, J.O., Di Clementi, C.C., *The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therap*y. Homewood, Illinois: Dow-Jones-Irwin, 1984.

Prochaska, J., Di Clemente, C.C., Velicor, W.F., Rossi, J.S., Criticism and concerns of the transtheoretical model in the light of recent research. *British Journal of Addiction*, 1992, *87*, 825-829.

Rhodest and Hedrich D, EMCDDA Monographs Harm Reduction: evidence, impacts and challenges, Tim Rhodes and Dagmar Hedrich, European Monitoring centre for Drugs and Drug Addiction, 2010

Roche, A.M., Evans, K.R., Stanton, W.R. Section III: Health Services Issues in Addiction. Harm reduction: roads less travelled to the Holy Grail, *Addiction,* 1997, *92(9)*, pp. 1207-1212.

Rosenbaum, M., The de-medicalization of methadone maintenance. In P. Erickson et al. (Eds.), *Harm reduction: a new direction for drug policies and programs*. Toronto: University of Toronto Press, 1997, 69-79.

Rufener, B.L., Rachal, J.V., Cruze, A.M. Costs of drug abuse to society. In: I. Leveson (Ed.), *Quantitative explorations in drug abuse policy*. Lancaster: PMT Press Ltd., 1980, pp. 1-12.

Saltz, R.F., Preventing where alcohol is sold and consumed: server intervention and responsible beverage service. In R. Plant, E. Single & T. Stockwell (Eds.), *Alcohol: minimising the harm. What works?* New York: Free Association Press, 1997, pp. 85-104.

Sleiman, S., Sartor, F. (2003). *Belgian National Report on drugs 2002, commissioned by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Lisbon. IPH/EPI reports nr. 2002-024.* Brussel: BIRN.

Sogeti , Report on the current state of play for the 2003 CR on Harm reduction, GÖ Sogeti

Stevens et al, Chapter 14 of the EMCDDA Harm reduction monograph, ‛ Criminal justice approaches to harm reduction in Europe’ , A Stevens, H Stöver, C Brentari

Stockwell, T., *Harm reduction: the drugification of alcohol policies and the alcoholisation of drug policies*. Presentatie op de conferentie '100 Years later: Alcohol Policies Revisited from Science to Action, Bern, Zwitserland, 28-29/10/2002.

Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffen, T., Gutzwiller, F., Blätter, R., & Pfeifer, S., *Prescription of narcotics for heroin addicts: main results of the Swiss National cohort study.* Freiburg: Karger, 1999.

VAD, Gebruiksruimtes: visie vanuit het gezondheidsperspectief. Definitie, doelstellingenn modaliteiten. Brussel: september 2014.

Van Essen et al, Alcoholgebruiksruimten, Richtlijnen alcoholgebruiksruimten. J Van Essen et al, Tactus , 2011 https://www.tactus.nl/storage/98b2a5c21c9b587e417b3bd360e96308aec2a41b/files/Alcoholge-bruiksruimten2011.pdf,

VAD-Free Clinic-NIAD, *Peer support en peer education: een methodiek voor aidspreventie naar injecterende druggebruikers. Verslagboek van de studiedag op 7 en 8 november 1995 in Antwerpen*. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Antwerpen: Free Clinic, Utrecht: Nationaal Instituut voor Alcohol en Drugs, 1995.

Youth Research Center, *Rethinking drinking*. Parkerville: University of Melbourne, 1995.

Ward, J., Mattick, R., Hall, W., *Methadone maintenance treatment*. Sydney, Australia: University of New South Wales Press, 1992.

Westermeyer, W. *Reducing harm: a very good idea*. URL: www.cts.com/crash/habtsmart/harm.html, 2003.

WHO,UNODC,UNAIDS, Technical Guide for countries to set targets for universal acces to HIV prevention, treatment an care for injecting drug users , World Health Organisation 2009

Wiebel, W.W., Sampling issues for natural history studies including intravenous drug abusers. In P.I. Hartsock & S.G. Genser (Eds.), *Longitudinal studies of HIV infection in intravenous drug users: methodological issues in natural history research*. National Institute on Drug Abuse, Research Monograph 109. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1991, 51-62.

Wiebel, W., Harm reduction - a historical view from the trenches. *International Journal of Drug Policies*, 2001, *12*, 41-43.

Wodak, A. AIDS and injecting drug use in Australia: a case control study in policy development and implementation. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), *Aids and drug misuse*. London: Routledge, 1990, pp. 132-141.

Zinberg, N. E. *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, London : Yale University Press, 1984.

Centrale commissie behandeling heroïneverslaafden. Heroïne op medisch voorschrift: verkorte weergave van de rapportage. Utrecht: CCBH. URL: ccbh.nl/NL/index.htm, 2002.

Rationale for harm reduction. In: N. Crofts (Ed.), *Manual for reducing drug-related harm in Asia*. Melbourne: The Centre for Harm Reduction, 2003, pp. 33-42.

Rondetafel harm reduction: bespreking van basisdossier harm reduction met vertegenwoordigers uit het werkveld. VAD, 2003.

12. BIJLAGEN

12.1. Online info over harm reduction en harmreductionprojecten

- www.bivv.be: Website van het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid, BOB-campagne valt binnen de harm reduction-filosofie.

- www.breakline.be: Breakline is een project door en voor jongeren die feesten.

- www.druglijn.be : Bij De DrugLijn vind je objectieve en up-to-date informatie over alcohol, drugs, pillen en gokken.

- www.drugscope.org.uk : website van Drugscope, een expertisecentrum in Groot-Brittannië, dat tot doel heeft om beleidsontwikkelingen toe te lichten en om druggerelateerde risico's te beperken. De organisatie voorziet in informatie over drugs, promoot effectieve reacties op druggebruik, neemt onderzoeksinitiatieven op lokaal, nationaal en internationaal niveau, organiseert trainingen ...

- www.drugtext.org/: website van de Drugtext Foundation, een organisatie die zich tot doel stelt om informatie te verspreiden en te produceren over middelengebruik, afhankelijkheid, harm reduction en (inter)nationaal drugbeleid.

- www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=11UK02&tab=overview: Meer informatie over het Take Home Naloxone-project

- www.emcdda.europa.eu/publications/perk/resources/definitions: Meer informatie over preventie, harm reduction…

- www.free-clinic.be: Website van Free Clinic, laagdrempelige hulpverlening en zorg voor personen met een afhankelijkheidsproblematiek.

- www.goforzero.be/nl: schadebeperking in het verkeer

- www.hamsnetwork.org/: netwerk dat informatie en steun aanbiedt aan hen die de schade van het gebruik van alcohol of andere drugs willen reduceren.

- www.harmreduction.org/: website van de harm reduction coalition (HRC), een Amerikaans netwerk, trainingsinstituut en belangengroep van mensen die in de praktijk met harm reduction werken.

- www.harmreductiontherapy.org/: website van de Harm Reduction Therapy Center, een organisatie die hulpverlening aanbiedt vanuit het harmreductiondenkkader.

- www.ida-nl.be/doorverwijsgids.aspx: IDA vzw (informatie over Drugs en Alcohol) verenigt de drie koepelorganisaties die het alcohol- en drugwerkveld in België vertegenwoordigen en stelt een online doorverwijsgids ter beschikking.

- www.ihra.net/: officiële website van de IHRA

- www.naloxoneinfo.org: meer informatie over het antidotum, Naloxone.

- www.vitalsounds.be: Website van Vitalsounds, een preventie-, risicobeperkend- en peer support project gericht op het uitgaansleven in West-Vlaanderen en regio Gent-Oudenaarde.

12.2. Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 4, § 2, 6° van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, 5 juni 2000

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.
Gelet op de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, inzonderheid op artikel 1bis, §§ 1 en 3, ingevoegd bij de wet van 21 juni 1983 en gewijzigd bij de wet van 20 oktober 1998 en op artikel 6, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 augustus 1997 en de wet van 20 oktober 1998;
Gelet op het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, inzonderheid op artikel 4, § 2, 6°, ingevoegd bij de wet van 17 november 1998;
Gelet het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 31 januari 1996;
Gelet op het advies van de Hoge Gezondheidsraad, gegeven op 2 mei 2000;
Gelet op het besluit van de Ministerraad van 19 maart 1999 over het verzoek aan de Raad van State om advies te geven binnen een termijn van een maand;
Gelet het advies van de Raad van State, gegeven op 1 juni 1999, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;
Op de voordracht van Onze Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,
Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Dit besluit bepaalt de voorwaarden en de modaliteiten voor het te koop aanbieden, de detailverkoop en de terhandstelling, zelfs kosteloos, van steriel injectiemateriaal, van ontsmettingsmiddelen en van steriel verband door de personen hiertoe gemachtigd bij dit besluit.
De bepalingen van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen zijn van toepassing op dit besluit, met uitzondering van de bepalingen van artikel 10, §§ 7, 9 en 10 van bovenvermeld koninklijk besluit van 18 maart 1999.

Artikel 2. De personen gemachtigd om de materialen bedoeld in artikel 1 in detail te verkopen of ter hand te stellen, zelfs kosteloos, zijn :
- hetzij de geneesheren;
- hetzij de verpleegsters, psychologen, paramedici en sociale werkers, voor zover zij beroepshalve verbonden zijn aan een gespecialiseerd centrum.
Onder gespecialiseerd centrum verstaat men elke structuur, door de bevoegde overheid erkend of gesubsidieerd, die kan aantonen een praktijk te voeren inzake de therapeutische opvang en sociale begeleiding van druggebruikers of inzake de preventie van overdraagbare aandoeningen.

Artikel 3. Het te koop aanbieden, de detailverkoop en de terhandstelling van de in artikel 1 bedoelde producten, mogen tegen niet meer dan de aankoopprijs gebeuren. Tenzij in geval van

hoogdringendheid, kan steriel <injectiemateriaal> alleen in ruil voor gebruikt injectiemateriaal kosteloos ter hand gesteld worden.

Art. 4. Het te koop aanbieden, de verkoop of de terhandstelling, zelfs kosteloos, van steriel injectiemateriaal moeten gepaard gaan met het verstrekken van schriftelijke informatie betreffende :

- het goed gebruik ervan;
- het bestaan en indicaties van serologische tests;
- het bestaande aanbod tot het verkrijgen van bijkomende sociale, psychologische, medische en juridische hulp.

Artikel 5. De in artikel 2 bedoelde personen, moeten zich bevoorraden met steriel injectiemateriaal, met ontsmettingsstoffen en steriele verbandstoffen die conform zijn aan de reglementering die van kracht is.
Zij zijn er daarenboven toe gehouden zich te bevoorraden bij apothekers of bij verdelers, groothandelaars, invoerders en fabrikanten erkend door de Minister van Volksgezondheid. Het verworven materiaal moet worden bewaard in omstandigheden waardoor de steriliteit kan worden behouden.
Het gerecupereerd reeds gebruikt materiaal dient bewaard te worden in daartoe voorziene recipiënten, en in voorwaarden die elk hergebruik of elk ongeval onmogelijk maken.

Art. 6. De in artikel 2 bedoelde personen zijn verplicht een register bij te houden waarin het volgende dag na dag wordt vermeld :

- de hoeveelheid verworven materiaal;
- de hoeveelheid terhandgesteld of verkocht materiaal;
- de hoeveelheid reeds gebruikt injectiemateriaal, dat werd gerecupereerd;
- de identiteit van de leveranciers bedoeld in artikel 5, tweede lid;
- de aankoopprijs en, in voorkomend geval, de verkoopprijs van het materiaal vermeld in artikel 1.

Dit register moet ter beschikking worden gehouden van de Algemene Farmaceutische Inspectie.

Art. 7. Onze Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, is belast met de uitvoering van dit besluit.
Gegeven te Brussel, 5 juni 2000.
ALBERT
Van Koningswege :
De Minister van Consumentenzaken,
Volksgezondheid en Leefmilieu,
Mevr. M. AELVOET